Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—4½ Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 8. 21. Februar 1899.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

46. Jahrgang.

Originalien.

Aus der königl. chirurg. Klinik zu Kiel.

Beiträge zur regionären Anaesthesie.*)

Von Dr. *Richard Hölscher*, Privatdocenten und Oberarzte der Klinik.

Die glänzenden Resultate, welche mit der Oberst'schen regionären Anaesthesie bisher überall bei Operationen an Fingern und Zehen erzielt sind, rechtfertigen das Bestreben, das Verfahren auch auf Operationen, die an höher gelegenen Stellen der Extremitäten, zunächst also an Hand und Fuss ausgeführt werden müssen, auszudehnen. In dieser Richtung ging zuerst Manz[1]) vor, er erzeugte in derselben Weise wie an den Fingern und Zehen nach vorheriger Anlegung der Esmarch'schen Blutleere oberhalb des Hand- und Fussgelenks durch Injection von 1 proc. Cocainlösung in die Gegend der grossen Nervenstämme eine so vollkommene Anaesthesie in den peripher vor der Injectionstelle gelegenen Theilen, dass er Sehnennähte an der Hand, Resectionen am Tarsus und Metatarsus völlig schmerzlos ausführen konnte.

In der Breslauer chirurgischen Klinik konnte sogar, wie Gottstein[2]) berichtet, eine Amputation nach Pirogoff unter Oberst'scher Anaesthesie gänzlich schmerzlos ausgeführt werden.

Auf der Kieler chirurgischen Klinik wird das Oberst'sche Verfahren seit ca. 1 Jahre angewandt, zunächst wurde es nur auf Finger und Zehen beschränkt, und dabei zur Injection entweder 1 proc. oder mit demselben ausgezeichneten Erfolge ½ proc. Cocainlösung benutzt. Angeregt durch die von Manz berichteten Erfolge beschloss ich, ähnliche Versuche zu machen. Von vornherein hatte ich aber Bedenken, die 1 proc. Cocainlösung zur Injection zu gebrauchen. Da nach der Angabe Wölfler's für subcutane Cocaininjectionen als Maximaldosis 0,05 g feststeht, so kann man von einer 1 proc. Cocainlösung nur höchstens 5 ccm injiciren. Eine der Hauptbedingungen für das Gelingen der regionären Anaesthesie ist nun die, dass ausser den Hauptnervenstämmen auch sämmtliche mit den Endverzweigungen derselben Anastomosen eingehenden anderen Nerven durch die Cocainwirkung ausser Function gesetzt werden. Es scheint mir nun gar nicht so leicht, — und das haben mir zwei mit 1 proc. Cocainlösung am Unterschenkel gemachte Versuche bestätigt — die geringe, die Maximaldosis darstellende Menge von 5 ccm einer 1 proc. Lösung am Unter- oder Oberarm, am Unter- oder Oberschenkel so zu vertheilen, dass genau die grösseren Nervenstämme von der Lösung umspült und durchtränkt, dass ferner aber auch alle von cutanen Nerven etwa ausgehenden Anastomosen noch getroffen werden. Zur Erreichung dieses Zweckes scheinen mir sogar 10 ccm einer ½ proc. Cocainlösung nicht in allen Fällen, besonders wenn es sich um etwas dicke Individuen handelt, ausreichend zu sein, obgleich man von der allmählich eintretenden Diffusion der Cocainlösung auch in etwas weiterer Umgebung der Injectionsstelle eine Wirkung erwarten darf.

Annähernd sicher geht man meiner Meinung nach nur dann, wenn man den ganzen Querschnitt der Extremität mit einer Cocainlösung durchtränkt. Um diese Querschnittdurchtränkung aber ausführen zu können, muss man sich einer dünneren Cocainlösung bedienen, wenn man nicht die Maximaldosis erheblich überschreiten will.

Ich begann desshalb meine Versuche damit, zu prüfen, ob eine noch weniger als ½ Proc. Cocain enthaltende Lösung überhaupt im Stande ist, eine regionäre Anaesthesie an den Körpertheilen zu erzeugen, an denen es mit ½ proc. Lösung so ausgezeichnet möglich ist, an Fingern und Zehen.

Dazu verwandte ich einfach die 0,2 Proc. Cocain enthaltende, sogenannte starke Schleich'sche Lösung, und zwar in der Weise, dass ich nach Anlegung der Blutleere an der Basis des Gliedes dicht peripher an dem abschnürenden Schlauche so viel Lösung einspritzte, dass der ganze Querschnitt des Fingers von der Lösung durchtränkt war. Dazu waren in der Regel 3—4, manchmal auch 6 ccm Lösung nöthig. In genau der gleichen Weise wie bei der Injection ½—1 proc. Lösung trat auch hier jedesmal nach 5, höchstens 10 Minuten vollkommene Anaesthesie auf.

Mittels dieses Verfahrens konnte ich Panaritien, Paronychien spalten und schaben, eingewachsene Nägel, deren Operation bekanntlich eine der schmerzhaftesten ist, die es gibt, entfernen, Amputationen, Resectionen und Exarticulationen an Fingern und Zehen ausführen, ohne dass die Patienten auch nur den geringsten Schmerz von den vorgenommenen Manipulationen empfanden. In dem Falle, wo zwecks einer Phimosenoperation dasselbe Verfahren am Penis angewandt wurde, glückte es ebenfalls in vollkommener Weise.

Nach diesen Resultaten konnte ich mit einiger Aussicht auf Erfolg darangehen, die 0,2 proc. Schleich'sche Lösung auch für die regionäre Anaesthesie an höher gelegenen Theilen der Extremitäten zu versuchen. Gleich der erste Versuch, den ich machte, fiel sehr überraschend aus. Es handelte sich um einen etwa 12jährigen Knaben, welcher an einem Sehnenscheidenpanaritium des Zeigefingers erkrankt war. Die Eiterung hatte sich der Sehne entlang in der Sehnenscheide bis weit in die Hohlhand hinein ausgebreitet. Mittels einer Nicaisegummibinde legte ich 2 Finger breit oberhalb des Handgelenkes Blutleere an, und spritzte dicht an der Blutleere, zwischen Gummibinde und Handgelenk, 15 ccm starke Schleich'sche Lösung ein, dieselbe überall bis auf die Knochen in den Weichtheilen des Vorderarms vertheilend, sowohl an der Beuge- als an der Streckseite. Schon 10 Minuten nach Vollendung der Injection war völlige Anaesthesie in den peripher von der Gummibinde gelegenen Theilen des Armes eingetreten, und ohne die Spur irgend einer Schmerzensäusserung seitens des Patienten, der im Gegentheil der Operation ganz verwundert zusah, konnte ich von der Spitze des Zeigefingers bis zum Ligam. carp. volare in die Hohlhand hinein die Spaltung ausführen und den Eiter aus der Sehnenscheide entfernen. Dass der Patient durchaus nicht etwa, wie man vielleicht annehmen könnte, indifferent gegen Schmerz war, das bewies mir die ungeheuere Empfindlichkeit, welcher der Junge

*) Nach einem am 23. Januar im Physiol. Verein zu Kiel gehaltenen Vortrage.

[1]) Manz: Centralbl. f. Chirurg. 1898, No. 7: Ueber regionäre Cocainanaesthesie.

[2]) Gottstein: Erfahrungen über locale Anaesthesie in der Breslauer chirurg. Klinik. Langenbeck's Archiv. 57. Bd. S. 409.

sowohl vor der Operation als auch beim täglichen Verbandwechsel nach der Operation, bei jeder Berührung der Hand deutlichen und durch nichts zu hindernden Ausdruck gab.

In derselben Weise — Blutleere einige Centimeter oberhalb des Handgelenkes, Injection von 10—25 ccm 0,2 proc. Cocainkochsalzlösung — wurden noch verschiedentlich Fälle operirt, alle mit demselben Erfolge, nur kam man häufig nicht mit einer Wartezeit von nur 10 Minuten nach Vollendung der Injection aus, sondern man musste manchmal 20, in manchen Fällen auch 30 Minuten warten, ehe völlige Anaesthesie eingetreten war. So wurden mehrfach tuberculöse Mittelhandknochen aufgemeisselt und ausgekratzt, Fingerexarticulationen im Grundgelenke, Spaltungen bei Sehnenscheidenpanaritien in der Hohlhand, Sehnennähte an der Hand, Exstirpation der Palmarfascie bei Dupuytren'scher Fingercontractur unter völliger Anaesthesie ausgeführt. Ein Fall, der ausserordentlich schön die Wirksamkeit der regionären Anaesthesie auch bei grösseren Eingriffen an der Hand illustrirt, sei noch besonders angeführt. Bei einem ca. 60jährigen Manne war eine Vereiterung des linken Handgelenkes eingetreten, es musste in Folge dessen die Resection des Gelenkes ausgeführt werden. Die Blutleere wurde in der Mitte des Vorderames angelegt und dicht an derselben ringsum 0,2 proc. Cocainlösung eingespritzt. Da ich mit 20 ccm der Lösung bei der ziemlich erheblichen Dicke des musculösen Vorderarms auch nicht annähernd eine vollständige Durchtränkung des Querschnittes des Armes erzielt hatte, und mir nur noch 5 ccm Lösung zur Erreichung der Maximaldosis übrig blieben für die Einspritzung, spritzte ich ausserdem noch eine der starken Schleich'schen Lösung entsprechende 0,2 proc. Lösung von Eucain. muriat. B. ein und zwar in einer Menge von 12 ccm. (Der 0,1—0,2 proc. Eucainlösung gibt Braun[3]) wegen ihrer gleichen Wirkung, besonders aber wegen ihrer viel geringeren Giftigkeit, den Vorzug vor dem Cocain zur Erzielung der Infiltrationsanaesthesie.) 30 Minuten nach Vollendung der Injection konnte ich die vollkommene Resection des Handgelenkes (2 seitliche Längsschnitte durch die Haut, Zurückschaben des Periosts, Absägung des unteren Radius und Ulnaendes, Ausgrabung der cariösen Handwurzelknochen mit Meissel und scharfem Löffel) ausführen, ohne dass der Patient irgend eine Spur von Schmerz empfand.

Dieselbe Combination von 0,2 proc. Schleich'scher und 0,2 proc. Eucainlösung wandte ich in einem Falle an, um den ganzen Unterarm sammt Hand und Fingern gefühllos zu machen. Bei einem Manne musste eine Phlegmone der Beugemusculatur des Vorderarmes, die sich an ein Sehnenscheidenpanaritium des 3. Fingers angeschlossen hatte, gespalten werden. Die Blutleere wurde in der Mitte des Oberarmes angelegt, eingespritzt wurden 20 ccm, 0,2 proc. Schleich'sche und 16 ccm 0,2 proc. Eucainlösung, im Ganzen also 36 ccm Flüssigkeit. 25 Minuten nach vollendeter Einspritzung war der ganze Vorderam mit Ausnahme der Haut an dem ulnaren Theile der Beugeseite, sowie Hand und Finger völlig gefühllos. Die Spaltung des Sehnenscheidenpanaritiums am 3. Finger, wobei der Schnitt von der Spitze des Fingers bis zum Ligam. carp. volare ging, war völlig schmerzlos. Ganz leichten Schmerz empfand Patient bei der vom Handgelenke bis über die Mitte des Vorderarmes an der ulnaren Seite hinaufreichenden Incision der entzündlich geschwollenen Haut; kein Schmerz wurde dagegen empfunden, als man nach Spaltung der Haut die eitrig infiltrirten Muskeln und Sehnen an der Vorderarmbeuge stumpf auseinanderriss, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen.

Dass die Haut an der ulnaren Seite des Vorderarms nicht ganz ihre Sensibilität verloren hatte, ist wahrscheinlich dadurch zu erklären, dass der diese Partien versorgende Nerv. cutan. brach. int. major nicht genügend von der anaesthesirenden Flüssigkeit getroffen worden war.

Leider hatte ich keine Gelegenheit, dies Verfahren der Durchtränkung des Extremitätenquerschnittes mit einer 0,2 proc. Cocainlösung auch am Unterschenkel anzuwenden. Nach den guten Resultaten, die ich am Vorderarm erzielen konnte, scheint mir die Annahme berechtigt zu sein, dass Operationen an Mittelfuss und Fusswurzel sich in derselben Weise ebenso schmerzlos ausführen lassen, wie die an Hand und Handgelenk, um so mehr, da, wie erwähnt, Manz gerade am Fusse durch Injection 1 proc. Cocainlösung oberhalb des Fussgelenks völlige Anaesthesie hervorrufen konnte.

Den einzigen Versuch, den ich überhaupt an der unteren Extremität, und zwar am Oberschenkel in dieser Richtung machte, möchte ich noch kurz anführen.

Es handelte sich um die Revision einer vereiterten complicirten Unterschenkelfractur bei einem 67jährigen Manne. Es bestand eine ausgedehnte Phlegmone an der Innen- wie Aussenseite der Wade, jede Berührung derselben, jede geringste Lageänderung des Fusses verursachten die heftigsten Schmerzen. Da der Oberschenkel, an dem zur Erzeugung regionärer Anaesthesie die Injection ausgeführt werden musste, ziemlich musculös und fettreich war, so glaubte ich zur Durchtränkung seines Querschnittes mit der Maximaldose der 0,2 proc. Cocainlösung, 25 ccm, nicht auskommen zu können; ich wählte desshalb wegen ihrer viel geringeren Giftigkeit eine gleich starke Lösung von Eucain, welche ich in früheren Fällen nur mit der 0,2 proc. Cocainlösung combinirt benutzt hatte, welche aber auch für sich allein ebenfalls sowohl zur Infiltrationsanaesthesie nach Schleich, als auch zur regionären Anaesthesie an den Fingern gut zu gebrauchen ist, wovon ich mich durch einschlägige Versuche bei Fingeroperationen überzeugt hatte. (Allerdings fand ich später bei Versuchen an eigenen Fingern, worauf ich noch eingehen werde, dass das Eucain in seiner Wirksamkeit dem Cocain doch bedeutend nachsteht.)

Nachdem ich eine Hand breit oberhalb des Kniegelenks Blutleere angelegt hatte, spritzte ich dicht darunter ringsum überall bis auf den Knochen die Lösung vertheilend, 50 ccm derselben ein. Erst nach 47 Minuten war die Anaesthesie so weit eingetreten, dass die Operation beginnen konnte. Spaltung der Haut an der Fibulaseite war völlig schmerzlos, ebenso Hin- und Herbewegen der Bruchenden, Herausdrehen derselben aus der Wunde, Abkneifen des Knochens mit Luer'scher Zange, ebenso das stumpfe Auseinanderdrängen der eitrig infiltrirten Musculatur; ziemlich empfindlich dagegen war der Schnitt durch die Haut an der Innenseite der Wade, die von Anfang an auch am meisten schmerzhafte Röthung und Schwellung dargeboten hatte.

Vielleicht war hier, ähnlich wie im vorigen Fall, der diese Partien versorgende Hautnerv, der N. saphen. major, nicht genügend von der anaesthesirenden Flüssigkeit durchtränkt, so dass er weiter functionirte.

Ich möchte nun noch über einige Versuche berichten, die ich über die Erzeugung regionärer Anaesthesie mit dünnen Lösungen an mir selbst angestellt habe, und deren Beginn in denselben Zeitabschnitt fällt (Sommer und Herbst 1898), während dessen die erwähnten, zum grossen Theil recht guten Erfolge mit dem Verfahren an Patienten erzielt wurden.

Die Versuche wurden meistenstheils an den Fingern angestellt und zwar meist am 3., 4. oder 5. Finger der linken Hand. Nach Abschnürung des Fingers an seiner Basis mittelst eines dünnen Gummischlauches werden 0,2 Proc. Cocainlösung dicht am Schlauch eingespritzt, in der Regel sind 3—6 ccm nöthig, um eine Durchtränkung des Fingerquerschnittes herbeizuführen. Die eingespritzte Flüssigkeit breitet sich immer ungefähr bis zum I. Interphalangealgelenk, manchmal auch noch etwas darüber hinaus peripherwärts aus, das Blut aus diesen Theilen verdrängend. Sofort nach Vollendung der Injection ist das von der Flüssigkeit durchtränkte anaemische Fingerglied völlig anaesthetisch, das Mittel- und Endglied, die mit Blut stark angefüllt sind und blauroth aussehen, verlieren allmählich das Gefühl, die Anaesthesie schreitet vom Centrum nach der Peripherie hin allmählich fort, schneller an der Streck-, als an der Beugeseite, und in der Regel ist nach 5—8 Minuten auch die Fingerspitze sowie die seitlichen Partien des Nagelfalzes, die am längsten das Gefühl bewahren, gegen jeden Nadelstich, auch wenn er bis auf den Knochen dringt, völlig unempfindlich. Berührt man den Finger mit den benachbarten, so hat man in den letzteren das Gefühl, als wenn man einen Fremdkörper anfasst; nicht nur die Schmerzempfindung, sondern auch das Gefühl für Berührung, für Hitze und Kälte ist in dem anaesthetischen Finger völlig erloschen. Nach Abnahme des Schnürschlauches tritt sofort das Blut in den Fingern wieder ein, schneller und ausgiebiger an der Beuge- als an der Streckseite. Das Gefühl tritt zuerst nach ca. 3—5 Minuten an der Beugeseite dicht an der Schnürfurche wieder ein, verbreitet sich dann allmählich nach der Peripherie, zuerst gewöhnlich an den seitlichen im Verlauf der Nervenstämme gelegenen Theilen

[3]) Braun: Langenbeck's Archiv 57. Bd., S. 370.

der Beugeseite, denen die in der Mitte befindlichen bald nachfolgen. Nach 8—12 Minuten hat das Gefühl die erste Interphalangealgelenksfalte, nach 20 Minuten auch die Fingerbeere wieder erreicht. An der Streckseite des Fingers, in welche die injicirte Flüssigkeit sich wegen der lockeren Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes länger hält und weniger schnell durch das einfliessende Blut verdrängt wird, als an der straffen Beugeseite, beginnt erst 10—15 Minuten nach Abnahme der Blutleere die Empfindung nahe an der Schnürfurche einzutreten und verbreitet sich allmählich nach dem Nagel zu, auch hier in der Regel zuerst seitlich, dann nach der Mitte übergreifend; es dauert aber meist 30 Minuten, bis auch an der Streckseite, und damit überall am Finger, das Gefühl völlig wieder vorhanden ist.

Spritzte ich statt der 0,2 proc. Cocainlösung in völlig gleicher Weise 0,2 proc. Eucain- oder 0,1 proc. Cocainlösung ein, so trat ebenfalls in derselben Weise am Finger Anaesthesie ein, und dauerte es in der Regel bis zum Eintritt völliger Anaesthesie längere Zeit, 10—15 Minuten, und nach Abnahme der Blutleere war meist bereits nach 15—20 Minuten überall wieder Empfindlichkeit vorhanden. Dieses Zurücktreten der gleich starken Eucain- und der halb so starken Cocainlösung in der Intensität ihrer Wirkung vor der 0,2 proc. Cocainlösung trat noch deutlicher hervor in den Versuchen, in denen ich ohne Anlegung der Blutleere die Einspritzungen machte. Während ich ohne Blutleere mit 4—5 ccm 0,2 proc. Cocainlösung eine nach 10—12 Minuten überall eingetretene und 10—15 Minuten anhaltende Anaesthesie des ganzen Fingers erzeugen konnte, gelang mir das mit 0,2 proc. Eucain und 0,1 proc. Cocainlösung nicht; hier beschränkte sich die Anaesthesie meist auf die Einspritzungsstelle, verbreitete sich auch wohl bis zur Mitte des Mittelgliedes des Fingers, schritt dann aber nicht weiter und machte schnell normaler Empfindlichkeit wieder Platz.

Ich versuchte dann noch, ob sich das neuerdings zur localen Anaesthesirung empfohlene Nirvanin[4]) auch in den Concentrationen, in denen es zur Schleich'schen Infiltration gebraucht wird (0,2 und 0,5 Proc.), zur regionären Anaesthesie eignet. Nach Anlegung der Blutleere spritzte ich einmal 0,2 proc., ein anderes Mal 0,5 proc. Lösung in der angegebenen Weise am Finger ein. Trotz ½ stündigen Wartens trat keine Anaesthesie an den peripher von der Einspritzungsstelle gelegenen Fingertheilen auf; ausserdem war die Injection der Flüssigkeit in das Gewebe selbst sehr schmerzhaft; heftiges Stechen und Brennen wurde empfunden. Dasselbe Stechen und Brennen trat auch nach Abnahme der Blutleere an dem mit der Lösung durchtränkten Gewebe wieder auf und verschwand erst allmählich nach 10 Minuten, Beschwerden, die bei Anwendung der anderen genannten Lösungen niemals sich bemerkbar gemacht hatten.

Wenn man demnach schwache Concentrationen anaesthesirender Mittel zur regionären Anaesthesie an Fingern nehmen will, so scheint mir nach meinen Versuchen die 0,2 proc. Cocainlösung noch die geeignetste zu sein.

Für die Ausführung der regionären Anaesthesie ergaben sich aus diesen Versuchen an eigenen Fingern beachtenswerthe Winke. Wie jede Anaesthesirung, locale wie allgemeine, so ist auch die regionäre nicht ohne gewisse Unannehmlichkeiten zu erzielen, und diese letzteren resultiren einmal aus der Nothwendigkeit, das anaesthesirende Mittel mittels einer Hohlnadel einzuspritzen, und zweitens vor Allem daraus, dass man zur Verhinderung der Circulation das Glied abschnüren muss. Beide Unannehmlichkeiten auf ein Mindestmaass herabzudrücken, muss natürlich unser Bestreben sein. Spritzt man ½ proc. oder 1 proc. Cocainlösung in kleinen Portionen zu ¼—½ ccm beiderseits an die Nervenstämme, so bedarf man zu derselben zweier Einstiche mit der Nadel. Beide Einstiche werden, auch wenn eine sehr feine und scharfe Canüle benützt wird, und auch wenn die oberflächliche Hautschicht durch einen Chloraethylspray unempfindlich gemacht werden kann, in den tieferen Schichten der Haut und überhaupt, ehe sie in die Gegend der Nervenstämme kommen, einen gewissen Schmerz erregen, der ängstlichen und empfindlichen Patienten häufig zu Schmerzausrufen und Zurückziehen des Fingers Veranlassung gibt. Bedient man sich der 0,2 proc. Cocainlösung, so kann man jeden Schmerz völlig vermeiden, indem man in folgender Weise verfährt: Nachdem man sich die erwählte Einstichstelle durch einen Chloraethylspray unempfindlich gemacht hat, sticht man eine feine und sehr scharfe Canüle an der Streckseite der Fingerbasis seitlich ganz oberflächlich soweit ein, dass eben die Oeffnung der Canüle in der Haut verschwindet, und bildet ganz wie bei der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie eine Quaddel: In diese Quaddel sticht man nun die Nadel weiter ein, indem man sorgfältig darauf achtet, dass man die Nadel nicht eher vorwärts schiebt, als bis man ein kleines Quantum der Lösung eingespritzt hat. So schiebt man unter stetem Einspritzen die Nadel zuerst seitlich an der Phalange vorbei nach der Beugeseite hin, durchtränkt hier alles Gewebe bis in die Haut hinein, dann zieht man die Canüle zurück und sticht sie von derselben Quaddel und von der anfänglichen Einstichöffnung aus an der Dorsalseite des Fingers, hier wiederum alles Gewebe durchtränkend, nach der anderen Seite der Fingerbasis hinüber, bis ihre Spitze in der Haut selbst fühl- oder sichtbar wird. Hier bildet man wieder eine Quaddel, zieht dann die Canüle zurück, und kann in dieser zweiten Quaddel den zweiten Einstich völlig schmerzlos ausführen und die andere Seite der Fingerbasis bis zur Beugeseite hin in der gleichen Weise mit der Lösung anfüllen. Auf diese Weise lässt sich die Injection selbst völlig schmerzlos ausführen, allerdings ist das Brennen, welches der Chloraethylspray hervorruft, ja auch schliesslich ein Schmerz zu nennen. Aber ohne jede Belästigung lässt sich eben keine Anaesthesie erreichen.

Die zweite und meiner Ansicht nach grössere Unannehmlichkeit ist diejenige, welche durch die Blutleere verursacht wird, allerdings kann sie gerade an den Fingern durch sorgfältige Technik so erheblich gelindert werden, dass man kaum eine Belästigung empfindet.

Bedient man sich, wie dies gewöhnlich geschieht, eines dünnen Gummischlauches, zieht diesen auch noch, um ganz sicher Blutleere zu erreichen, möglichst fest an, so wird der Druck an der Schnürstelle sofort nach Anlegen des Schlauches als sehr unangenehm empfunden, und dies Gefühl steigert sich, je länger der Schlauch liegen bleibt. Sehr bald tritt auch ein leichtes Kriebeln, Gefühl von Taubheit etc. ein, wenn der festschnürende Schlauch sehr lange liegt, häufig auch eine Abnahme des Tastsinns, niemals aber eine Analgesie. Diese unangenehmen Beigaben der Blutleere, Druck an der Schnürstelle und Paraesthesien, kommen einzig und allein daher, dass der Schlauch zu fest angelegt wird; er übt dann nicht nur Druck auf die Gefässe, sondern auch auf die Nervenstämme aus. Dieser auf die Nervenstämme ausgeübte Druck ist für das Zustandekommen der regionären Anaesthesie völlig entbehrlich; für ein schnelles und sicheres Eintreten der letzteren kommt nur der Umstand in Betracht, dass die Circulation in dem Gliede aufgehoben wird, damit die eingespritzte Lösung nicht so schnell resorbirt wird, sondern möglichst ausgedehnt und lange mit den Nervenstämmen in Berührung bleibt. Und das erreicht man schon dadurch, dass der Schlauch nur eben so fest angezogen wird bei dem Anlegen der Blutleere, als zur Compression der Gefässe allein nothwendig ist. Verfährt man in dieser Weise vorsichtig bei Anlegung des Schlauches, so ist erstens das Druckgefühl an der Schnürstelle sehr viel geringer, und eigentliche Paraesthesien treten, wie ich das bei mehreren Versuchen an meinen Fingern constatiren konnte, gar nicht ein oder doch erst, nachdem die Blutleere mindestens 20 Minuten gesessen hatte. Waren dann aber auch einmal Paraesthesien aufgetreten, so verschwanden sie sofort oder einige Minuten nach Abnahme des Schlauches wieder, während sie erst 2 Tage lang nach Abnahme der Blutleere völlig verschwanden bei einem Versuche, bei dem ich absichtlich den Schlauch sehr fest angezogen, und ½ Stunde hatte sitzen lassen. — Noch geringer oder nahezu aufgehoben wird das Druckgefühl an der Schnürstelle, wenn man statt des Schlauches ein etwa 1—½ cm breites Kautschukband nimmt und dieses ausserdem noch über einer etwas breiteren weichen Mull- oder Lintbinde als Unterlage um die Basis des Fingers in der erwähnten vorsichtigen Weise anlegt. Wie stark der Zug sein muss, den man beim Anlegen des Gummibandes an-

[4]) Einhorn und Heinz: Münch. med. Wochenschr. No. 49, 1898. Luxenburger: Münch. med. Wochenschr. No. 1 u. 2, 1899.

wenden muss, um nur Aufhebung der Circulation und nicht auch Compression der Nerven hervorzurufen, das kann man natürlich nur durch die Uebung lernen, die man bei Versuchen an sich oder an Patienten sich erworben hat.

Ausser diesen Versuchen an Fingern stellte ich dann noch einige über die regionäre Anaesthesie an der Hand an. Nach Anlegung einer Nicaisegummibinde etwa handbreit oberhalb meines linken Handgelenkes spritzte ich dicht an derselben, in ähnlicher Weise beim Spritzen vorgehend, wie ich das vorhin für den Finger geschildert habe, schmerzlos 12 ccm 0,2 proc. Cocainkochsalzlösung ein, dieselbe überall hin vertheilend. Die Anaesthesie breitete sich an der radialen Seite des Armes allmählich von der Einspritzungsstelle peripherwärts aus, nach 30 Minuten war die radiale Seite des Vorderarmes wie der Hand, an der Streck- und Beugeseite, sowie die Finger 1—3 an der Beugeseite, 1—2 an der Streckseite völlig anaesthetisch. Oberflächliche und in die Tiefe auf Sehnen und Knochen gehende Nadelstiche wurden weder als Schmerz noch als Berührung empfunden. Dagegen blieb die ganze vom Ulnaris versorgte Partie des Vorderarms, der Hand und der Finger gegen Stich und Berührung empfindlich. Offenbar hatte das Ulnaris nicht genügend anaesthesirende Lösung erhalten; das zeigte sich auch darin, dass, während ringsum an der Injectionsstelle Anaemie bestand, an der ulnaren Beugeseite des Vorderarms noch blaurothe, durch Blutgehalt bedingte Verfärbung der Haut zu sehen war; es war also hier nicht genügend Lösung hingekommen, andernfalls wäre auch hier Anaemie vorhanden gewesen. Ich bin überzeugt, hätte ich hier noch nachträglich einige Kubikcentimeter Lösung eingespritzt, so wäre auch an der ulnaren Seite völlige Anaesthesie erreicht worden; ich musste aber den Versuch abbrechen, da der Druck der Blutleere allmählich nahezu unerträglich geworden war. Dieses Druckgefühl an der Schnürstelle der Gummibinde wurde noch dadurch erhöht, dass sich die Finger krampfhaft in die Hohlhand einschlugen, und jeder Versuch, sie activ oder passiv zu strecken, von erhöhten Schmerzen an der Schnürstelle begleitet war, da sich dann unter der Gummibinde die Sehnen hin und her schoben. (Dasselbe konnte ich bei mehreren Patienten ebenfalls beobachten.) Nach Abnahme der Blutleere kehrte das Gefühl schnell wieder und war nach 5 Minuten wieder völlig vorhanden.

Versuche, die ich später machte, die Anlegung der Blutleere in derselben Weise zu modificiren, in der ich sie an den Fingern fast unmerklich gemacht habe, durch Benützung einer breiteren Gummibinde, durch Unterpolsterung mit Mullbinden oder mit Watte, hatten nicht den gewünschten Erfolg. Das, was man an den Fingern leicht erreichen kann durch zweckmässiges Verfahren, Aufhebung der Circulation ohne zu grossen Druck auf die Nerven, lässt sich an den grösseren Extremitäten nicht erreichen. Die grössere Weite und Starre der Hauptarterien am Vorderarm, ihre Lage zwischen Knochen und beweglichen Sehnen und Muskeln erfordert offenbar einen stärkeren Druck, und durch diesen werden gleich die Nerven in einem unerwünschten Maasse mitgetroffen. Das wird am Unterschenkel in der gleichen Weise der Fall sein, am Oberarm und -schenkel in noch erhöhtem Maasse.

Da ich, wie erwähnt, an eigenen Fingern sowohl wie an Fingern von Patienten auch ohne Unterbrechung der Circulation allein durch die Querschnittsdurchtränkung mit 0,2 proc. Cocainlösung regionäre Anaesthesie erzeugen konnte, so glaubte ich, dass es vielleicht möglich wäre, auch am Vorderarm ohne Blutleere auskommen zu können. Ein dahin gehender Versuch am eigenen Vorderarm, bei dem ich dicht oberhalb des Handgelenkes den Arm mit 20 ccm 0,2 proc. Cocainlösung durchtränkte, schlug fehl; es trat zwar Anaesthesie an der Einspritzungsstelle ein, die sich in den ersten 10 Minuten bis zur Handwurzel ausbreitete, dann aber nicht weiter fortschritt und schnell normalem Gefühl wieder Platz machte. Die Lösung wird hier eben zu schnell wieder resorbirt, ehe sie eine genügende Einwirkung auf die Nervenstämme ausüben kann, während ihr das bei den dünneren Fingernerven viel leichter und schneller gelingt.

Der Hauptübelstand bei der regionären Anaesthesie grösserer Extremitäten liegt in der Nothwendigkeit begründet, die Circulation durch Anlegung der Blutleere zu unterbrechen. Die durch die letztere verursachten Schmerzen bilden meiner Ansicht nach ein Opfer, durch welches die nachher eintretende Anaesthesie zu theuer erkauft wird. In dieser Beziehung waren mir die am eigenen Arm mit der Blutleere gemachten Versuche viel lehrreicher, als alle anderen an Patienten angestellten. Man kann eine gewisse Zeit lang den Druck der Gummibinde ertragen, manche Menschen werden ihn auch 1 Stunde lang und noch länger mit stoischer Ruhe aushalten können. Immerhin werden das ja aber nur Ausnahmen sein, und desshalb trage ich auch Bedenken, die regionäre Anaesthesie für grössere Extremitäten in grösserem Umfange anzuwenden, als ich es bereits gethan habe, und sie dafür zu empfehlen. Trotzdem wird es immer Fälle geben, bei denen ihre Anwendung berechtigt erscheint; das sind meiner Ansicht nach solche Fälle, bei denen jede Form der Narkose contraindicirt ist, ferner solche, bei denen man in kurzer Zeit, etwa in 10—15 Minuten, die regionäre Anaesthesie hervorrufen, bei denen also ein zu lang dauerndes Sitzen der Blutleere vermieden werden kann. Das ist nach meiner Erfahrung möglich bei dünnen, besonders bei kindlichen Vorderarmen, wovon ich mich bei Operationen an den Händen von Kindern mehrfach überzeugen konnte. Wahrscheinlich vermag die anaesthesirende Lösung die zarten kindlichen Nerven schneller und inniger zu durchdringen und daher in viel kürzerer Zeit die gewünschte Wirkung zu erzielen, als bei den gröberen Nerven Erwachsener.

Bei den Bestrebungen, das Gebiet der Anwendbarkeit der regionären Anaesthesie künftig weiter auszudehnen, wird es meines Erachtens hauptsächlich auf 2 Punkte ankommen, einmal, Mittel zu finden, die Anwendung der Blutleere möglichst schonend zu gestalten, oder ganz ohne sie auszukommen. Ob das gelingen wird, erscheint mir bis jetzt noch sehr unwahrscheinlich. Zweitens wird man darauf bedacht sein müssen, die Anaesthesie in viel kürzerer Zeit zu erzielen, als es bis jetzt möglich ist, um dadurch den quälenden Druck der Blutleere abzukürzen. Möglicher Weise kann dies durch die Anwendung stärker concentrirter Lösungen der bisher bekannten und angewandten Localanaesthetica erreicht werden; allerdings sah Manz in seinen Fällen bei Verwendung selbst 1 proc. Cocainlösung erst nach 20—30 Minuten genügende Anaesthesie eintreten, also genau dasselbe, was ich bei Verwendung 0,2 proc. Lösung beobachten konnte. Die Einspritzung stärker concentrirter Lösungen würde auch die Intoxicationsgefahr erheblich erhöhen, und daher ihre Anwendung sich von selbst verbieten. Vielleicht könnte auch die Einspritzung grösserer Mengen schwacher Lösungen (z. B. 0,2 proc. Cocainlösung) ohne allzu ängstliche Rücksichtnahme auf die Maximaldosis schnelleres Eintreten der Anaesthesie bewirken. Die Intoxicationsgefahr ist hierbei nicht so gross, da gleiche Mengen desselben Giftes, in schwachen Lösungen dem Körper einverleibt, erfahrungsgemäss viel weniger toxisch wirken, als in concentrirten Lösungen.

Jedenfalls werden weitere Versuche nach dieser Richtung hin angestellt werden müssen, um darüber Klarheit zu schaffen, welche Lösung und in welcher Weise sie am sichersten und schnellsten regionäre Anaesthesie hervorzurufen geeignet ist.

Welchen Werth hat das Gurgeln?

Von Dr. *M. Saenger* in Magdeburg.

Es ist in letzter Zeit wiederholt[1]) ziemlich energisch bestritten worden, dass das Gurgeln irgend welchen Werth habe. Dem Anschein nach ist es aber Denjenigen, welche dem gegenüber für dieses altehrwürdige Heilverfahren in die Schranken traten, gelungen, die wider dasselbe gerichteten Angriffe zurückzuweisen. Denn es erfreut sich nach wie vor bei Laien sowohl als bei Aerzten einer ungeschwächten Beliebtheit.

Dürfen wir somit die Frage, ob das Gurgeln ein zweckmässiges Heilverfahren sei, als endgiltig entschieden betrachten? Ich glaube, nein. Einmal waren die Versuchsmethoden, welche bisher bei der experimentellen Prüfung derselben in Anwendung kamen, mochten die Versuchsergebnisse günstige oder ungünstige

[1]) z. B. von Kantorowicz (Deutsche Medicinalztg. No. 10 1893) und Lennox Brown (Verhandlungen der British laryngological association vom 17. Jan. 1896.)

sein, mit erheblichen Mängeln behaftet. Sodann aber wurden von Denjenigen, welche die Anwendung des Gurgelns befürworteten, gewisse, in einzelnen Versuchsfällen gewonnene Beobachtungsresultate, die als Ausnahmen zu betrachten sind, als Regel hingestellt.

Ich habe es daher — schon im Interesse meiner Patienten — unternommen, auf Grund eigener, möglichst exacter Versuche und Beobachtungen festzustellen, ob wir das Gurgeln als rationelles Heilverfahren zu betrachten haben. Bei der grossen praktischen Tragweite dieser Frage dürfte die Mittheilung des Ergebnisses meiner Untersuchungen von Interesse sein.

Der therapeutische Werth des Gurgelns hängt in erster Linie davon ab, ob und in welchem Maasse die Gurgelflüssigkeit mit der Rachenschleimhaut in Berührung kommt. Dies lässt sich scheinbar sehr leicht dadurch feststellen, dass man mit gefärbter bezw. färbender Flüssigkeit gurgeln lässt. Allein auf diese bequeme Weise gelingt es doch nicht, ein sicheres Urtheil über den Wirkungsbereich der Gurgelwässer zu gewinnen. Die Resultate, die man auf diese Weise erhält, widersprechen einander, oft sogar bei Versuchen an einer und derselben Person. So sah ich wohl häufig nach dem Gurgeln die Tonsillen und zum Theil auch die Hinterwand des Rachens gefärbt. Recht oft aber vermisste ich eine solche Färbung. Was jedoch diese Methode ganz besonders in meinen Augen discreditre, ist der Umstand, dass ich einigemal nach dem Gurgeln zwar die Hinterwand gefärbt fand, aber nicht die Tonsillen.

Ich stellte nun folgenden Versuch an, der gewissermaassen eine Gegenprobe auf die mit der eben besprochenen Methode erhaltenen Resultate darstellt.

Ich wickelte um das Ende einer Sonde ein kleines Wattebäuschchen, tauchte es zuerst in Wasser, dann in Methylenblau und betupfte damit beide Tonsillen eines Patienten, der an Angina erkrankt war. Unmittelbar im Anschluss hieran liess ich mit reinem Wasser gurgeln. Bespülte die Gurgelflüssigkeit auch die Tonsillen, so musste sie von dem auf denselben befindlichen sehr intensiven Farbstoff stark blau gefärbt werden. Denn die gleiche Menge Farbstoff genügte, um einem Weinglase voll Wasser, also weit mehr Wasser, als beim Gurgeln in den Mund genommen wird, nach kurzem Umrühren eine tiefblaue Färbung mitzutheilen.

Das Ergebniss des Versuches war, dass die Gurgelflüssigkeit klar abfloss, und dass auch in der Mundhöhle keine Blaufärbung sich fand, während die Tonsillen und zum grossen Theil auch die Hinterwand des Rachens sich intensiv gefärbt zeigten. Die Gurgelflüssigkeit konnte also nicht bis zu den Tonsillen gelangt sein.

Ich habe diesen Versuch oft wiederholt, selbstverständlich auch bei den Personen, bei welchen ich zuvor nach dem Gurgeln mit färbender Flüssigkeit eine Färbung der rückwärts von den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile beobachtet hatte. Das Resultat blieb im Wesentlichen stets das Gleiche.

Ich sah wohl einigemal nach dem erstmaligen Gurgeln, häufiger nach wiederholtem Gurgeln, dass das Gurgelwasser etwas gefärbt war. Dass aber diese schwache Färbung nicht für, sondern vielmehr gegen die Annahme spricht, dass das Gurgelwasser Tonsillen und Hinterwand bespült, ergibt sich aus Folgendem: Betupft man mit der gleichen Menge Farbstoff, wie ich sie in dem oben beschriebenen Versuch zur Färbung der Tonsillen anwandte, nicht diese, sondern das Velum oder die Zunge (natürlich deren hintere Hälfte), so erhält dadurch das Gurgelwasser sofort nach dem erstmaligen Gurgeln eine tiefblaue Färbung. Bespülte aber die Gurgelflüssigkeit auch die Tonsillen, so müsste, auch wenn der Farbstoff dort deponirt wäre, die Intensität der Färbung, die gleiche sein. Denn das Verhältniss der Flüssigkeitsmenge zur Farbstoffmenge wäre ja in beiden Fällen genau dasselbe.

Uebrigens lässt sich die erwähnte, zuweilen vorkommende schwache Färbung des Gurgelwassers nach Betupfung der Tonsillen nur folgendermaassen erklären. Zunächst finden sich gleichzeitig mit dieser Färbung auf der Vorderfläche des Velum circumscripte dunkelblaue Flecke. Diese Flecke sind Spritzflecke, welche dadurch entstehen, dass der Exspirationsluftstrom während des Gurgelns einen Theil des auf den Tonsillen befindlichen und mit dem daselbst vorhandenen Secret vermischten Farbstoffs mit sich fortreisst und in die Mundhöhle und zwar auf die orale Fläche des Velum schleudert. Dass diese Erklärung zutrifft, beweist der Umstand, dass solche Spritzflecke auch zu Stande kommen, wenn man — ohne Flüssigkeit gurgeln lässt. Sodann zeigt sich — aber erst nach wiederholtem Gurgeln — die Zungenwurzel sowie der angrenzende Theil der Zunge blau gefärbt. Solches kommt dadurch zu Stande, dass beim Ausspeien der Gurgelflüssigkeit in Folge der dazu erforderlichen Vorwärtsneigung des Kopfes ein Theil des bei Berührung mit den Tonsillen und dem auf ihnen befindlichen Secret verflüssigten Farbstoffs von dort auf die Zunge fliesst. Auch dieses kann man beobachten, wenn man ohne Flüssigkeit Gurgelbewegungen machen und dann ausspeien lässt.

Der auf die eben beschriebene Weise durch Hineingespritztwerden bezw. durch Hineinfliessen in die Mundhöhle gelangende Farbstoff ist die alleinige Ursache der in Frage kommenden schwachen Färbung des Gurgelwassers nach Betupfung der Tonsillen mit Farbstoff.

Uebrigens wird dieses Hineingelangen des Farbstoffs von den Tonsillen in die Mundhöhle in hohem Grade begünstigt durch eine abnorme Grösse der Mandeln, wahrscheinlich weil die in Folge dessen stattfindende aussergewöhnliche Verengung des Isthmus faucium beim Gurgeln die Wirksamkeit des Exspirationsstromes erhöht.

Zum Gelingen des eben beschriebenen Versuches ist die genaueste Befolgung folgender Vorsichtsmaassregeln erforderlich. Es muss selbstverständlich zunächst sorgfältigst vermieden werden, dass beim Einführen der Sonde der an deren Ende befindliche Farbstoff mit anderen Theilen in Berührung kommt, als mit den Tonsillen. Da dieses ziemlich schwierig ist, empfiehlt es sich, vor dem Gurgeln schnell noch einmal die Mundhöhle zu inspiciren und auch darauf zu achten, ob nicht etwa durch herabfallende Methylenblaukrystalle die Zunge gefärbt worden ist. Der Farbstoff ist durch kräftiges Auftupfen, nicht durch Einreiben etwa auf die Mitte der Tonsillen aufzutragen. Auch empfiehlt es sich, jede Tonsille, wenn auch kräftig, jedoch nur einmal zu betupfen. Ein Uebermaass von Farbstoff ist dem Gelingen des Versuches nicht förderlich. Man darf ferner während der möglichst kurz zu bemessenden Zeit zwischen dem Einbringen des Farbstoffs und dem Gurgeln nicht räuspern und nicht ausspeien lassen. Nach dem Gurgeln und dem sich daran anschliessenden Ausspeien der Gurgelflüssigkeit lasse man schliesslich nicht räuspern, ehe man Mund und Rachen inspicirt hat.

Nach den vorstehenden Ausführungen erscheint es — abgesehen vielleicht von einigen wenigen Ausnahmen — als ausgeschlossen, dass beim Gurgeln die dazu verwandte Flüssigkeit auch die rückwärts von den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile bespült. Es frägt sich nun, wie ist denn der Umstand zu erklären, dass trotzdem so häufig beim Gurgeln mit färbender Flüssigkeit Tonsillen und Hinterwand gefärbt erscheinen?

Die Erklärung fand ich beim Experimentiren mit einem Modell, an welchem ich Vorgänge, wie sie sich beim Gurgeln abspielen, direct zu beobachten vermochte. Dieser «künstliche Gurgelapparat» wurde von mir aus einem kleinen Glastrichter, einem angefügten dünnen Gummischlauch von etwa 30 cm Länge und einem kurzen Glasröhrchen, welches als Mundstück dient, hergestellt. Die gebräuchlichen Trichter bestehen bekanntlich aus zwei Theilen, einem oberen, der die Gestalt eines breitbasigen abgestumpften Kegels, und einem unteren, der die Gestalt eines Cylinders oder eines schmalbasigen, ebenfalls abgestumpften, Kegels hat. Der obere Theil des Trichters repräsentirt hier die Mundhöhle, der untere den Isthmus faucium. Goss ich nun, während ich mit mässiger Kraft in den Schlauch hinein exspirirte, etwas Flüssigkeit in den Trichter, so bemerkte ich, dass diese durch den in Blasenform durch sie entweichenden Exspirationsstrom in der Schwebe gehalten wurde und zwar im oberen Theil des Trichters. Wandte ich jetzt eine sehr intensiv gefärbte Gurgelflüssigkeit an, so fand ich, dass die Hauptmasse derselben im oberen Theil des Trichters verblieb, dass aber ein minimaler

Theil derselben an den Wänden des unteren Trichtertheils herabsickerte. Die unmittelbar an der Wand befindlichen Flüssigkeitstheilchen sind eben der Wirkung des Exspirationsstroms weniger ausgesetzt als die übrigen. Die Folge war also, dass nach dem Gurgeln, wenn dasselbe nicht zu kurze Zeit (d. h. unter 10 bis 15 Secunden) dauerte, die Wände des unteren Trichtertheiles deutlich gefärbt waren.

Bezüglich der Ausführung dieses Versuchs bemerke ich, dass es nothwendig ist, die zwischen dem oberen und unteren Theil des Trichters befindliche Oeffnung etwa durch Auftröpfeln von geschmolzenem Siegellack bis auf einen Durchmesser von 1—2 mm zu verengen. Dies entspricht insofern den Verhältnissen beim natürlichen Gurgeln, als bei letzterem das herabgezogene Velum dem emporgewölbten Zungenrücken fast bis zur Berührung genähert wird.

Wenden wir die bei diesem Versuch gemachten Erfahrungen zur Erklärung der Beobachtungen beim natürlichen Gurgeln an, so ergibt sich, dass wenn bei Anwendung einer färbenden Gurgelflüssigkeit Tonsillen und Hinterwand gefärbt erscheinen, diese Färbung — abgesehen von verschwindenden Ausnahmen — trotz des Gurgelns, nicht durch das Gurgeln stattgefunden hat. Da wir bei nach hinten gebogenen Kopf gurgeln, so wirkt hier die Schwerkraft auf die an der Wand befindlichen Flüssigkeitstheilchen ein wie beim Versuch mit dem künstlichen Gurgelapparat.

Dass der trotz des Gurgelns auf die Mandeln und die Hinterwand gelangende Theil der Gurgelflüssigkeit nur ein minimaler ist, ergibt sich auch aus folgendem Versuch.

Ich bepuderte mittels eines Pulverbläsers die Vorderfläche des Velum, einen Theil der Zunge und eine oder beide Tonsillen mit Weizenmehl. Im Anschluss hieran liess ich mit einer mit Wasser verdünnten Jodglycerinlösung gurgeln. Das Ergebniss war, dass auf dem Velum und der Zunge Blaufärbung eintrat, auf den Tonsillen nicht. Das auf denselben deponirte Mehl war durch die Gurgelflüssigkeit weder hinweggespült noch blau gefärbt worden. Der Theil der Gurgelflüssigkeit, welcher trotz des Gurgelns auf die Tonsillen gelangt sein mochte, war also nicht hinreichend, bei Berührung mit dem daselbst befindlichen Mehl eine Blaufärbung hervorzurufen. Dies trat meist sogar auch dann nicht ein, wenn mehrere Mal hintereinander gegurgelt wurde.

So oft ich diesen Versuch wiederholte, stets blieb — bei Beachtung der nothwendigen Vorsichtsmaassregeln — das Ergebniss das gleiche.

Hinzufügen möchte ich noch die hierbei gemachte Beobachtung, dass Mehlablagerungen in den Seitentheilen des Mundes nicht blau gefärbt, also von der Gurgelflüssigkeit nicht berührt wurden.

Bezüglich der Ausführung des Versuchs sind folgende Details zu bemerken. Das Mehl ist in nicht zu dünner Schicht aufzutragen. Es ist daher meist nothwendig, den Pulverbläser etwa 2 bis 3 mal zu füllen. Nach dem Einpudern ist das Räuspern und das Ausspeien zu vermeiden. Mit dem Gurgeln empfiehlt es sich bei diesem Versuch einige Secunden zu warten, damit das Mehl sich mit dem im Mund und Rachen befindlichen Secret zu einem Brei vermische und in Folge dessen nicht ohne Weiteres von dem Ort, an welchem es deponirt worden ist, durch den Exspirationsstrom hinweggeblasen und durch die Gurgelflüssigkeit hinweggespült werde. Ich fand es zweckmässig, in der immerhin nur nach wenigen Secunden zu bemessenden Zwischenzeit zwischen dem Aufpudern des Mehls und dem Gurgeln den Mund geöffnet halten zu lassen. Was die Herstellung des hier in Frage kommenden Gurgelwassers betrifft, so pflege ich von folgender Lösung: Jodi puri, Natr. jodati aa 1,0, Glycerini 18,0, etwa 30—40 Tropfen einem halben Glase kalten Wassers zuzusetzen.

Es versteht sich, dass es trotz des Ergebnisses der vorstehenden Untersuchungen hin und wieder Personen gibt, welche so zu gurgeln verstehen, dass die Gurgelflüssigkeit wirklich, nicht bloss scheinbar die rückwärts von den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile bespült. Aber das sind eben seltene Ausnahmefälle. Soll die Gurgelflüssigkeit tiefer, als es in der Regel geschieht, hinab gelangen, so muss die zum Zustandekommen des Gurgelns erforderliche langdauernde Exspiration zeitweilig unterbrochen, oder gar durch eine kurz dauernde schwache Inspiration ersetzt werden. Das ist aber ein Kunststück, das zum Mindesten sehr schwer zu erlernen ist. In den allermeisten Fällen gelangt dabei die Gurgelflüssigkeit noch tiefer als sie sollte, nämlich in den Kehlkopf, was eben so wenig angenehm als nützlich ist. Dürfen wir nun ein solches Kunststück, das selbst von den Aerzten sehr wenige zu Stande bringen, oder gar das Mosler'sche Verfahren, bei dem die Gurgelflüssigkeit auf dem Wege durch den Nasenrachenraum und die Nasenhöhlen zu Tage gefördert wird, von unseren Patienten verlangen? In den allermeisten Fällen gewiss nicht.

Im Anschluss hieran sei noch kurz darauf hingewiesen, dass die regelmässige Anwendung des Gurgelns bei Schlundkrankheiten auch noch in anderer Beziehung unzweckmässig ist. Es wird vorwiegend bei acuten Erkrankungen angewandt. Nun sind aber in solchen Fällen gerade diejenigen Theile, welche beim Gurgeln vorzugsweise in Thätigkeit treten, meist in Mitleidenschaft gezogen, nämlich die Gaumenbögen und das Velum. Während wir sonst bestrebt sind, erkrankte Theile möglichst ruhig zu stellen, muthen wir ihnen also hier eine erhöhte Arbeitsleistung zu. Von Vortheil kann dies schwerlich sein[2]).

Was soll denn aber an Stelle des Gurgelns treten? Pinselungen werden vielfach verworfen, weil sie leicht eine Beschädigung des Epithels bedingen sollen. Dies lässt sich aber ganz gut vermeiden, wenn man die Pinselflüssigkeit nicht in die Schleimhaut einreibt, wie es meist geschieht, sondern auf dieselbe auftupft. Die Patienten, bezw. deren Angehörige lernen dies, wie ich mich oft überzeugt habe, ohne Schwierigkeit, besonders wenn man statt der Haarpinsel langgestielte Wattetupfer verwendet, die sich auch leicht improvisiren lassen. Auf diese Weise vermag man das für wirksam gehaltene Medicament mit erheblich geringerer Belästigung der Patienten, in weit stärkerer Concentration anzuwenden und in viel innigere Berührung mit der erkrankten Schleimhaut zu bringen, als es beim Gurgeln möglich ist.

Ueber Tetanie nach partieller Strumektomie.*)

Von Dr. *Fr. Schilling* in Nürnberg.

Der Metalldrucker Wilhelm O., 15¾ Jahre alt, kam am 29. September 1897 in meine Behandlung. Die Anamnese ergab, dass der junge Mann stets gesund gewesen war bis auf Kropf, den er seit früher Jugend habe. Derselbe habe ihm sonst keine Beschwerden gemacht; in den letztvergangenen Monaten sei die Struma etwas gewachsen und habe ihm Athemnoth verursacht. An Magengeschwür, Magenerweiterung, Darmkatarrhen, Entozoen etc. habe er nie gelitten.

Status praesens: Mittlere Constitution, guter Ernährungsstand. Das linke Schilddrüsenhorn ist ganseigross, fühlt sich ziemlich derb an, das rechte ist kaum hühnereigross; der Mittellappen hat die Grösse eines Borsdorferapfels. Es ist starke inspiratorische Dyspnoe vorhanden. Das Gesicht ist etwas blass, leicht gedunsen. Die sichtbaren Schleimhäute sind schwach livid. Kein Zeichen von Morbus Basedowii. Innere Organe gesund. — Da in den nächsten Tagen die Erscheinungen des Drucks der Struma auf den Kehlkopf und die Trachea zunehmen, wird am 5. October 1897 im städt. Krankenhause die Entfernung des linken Schilddrüsenhorns und des Mittellappens mit bestem Erfolg vorgenommen; es wurde also nur eine partielle Strumektomie gemacht. Der Jüngling hat sich rasch und gut erholt und hat gegen Mitte November 1897 seine Arbeit wieder aufgenommen. Gegen 15. Februar 1898 bemerkte derselbe eine leichte Zunahme und Härterwerden der Struma des verbliebenen rechten Schilddrüsenlappens. Am 28. Februar 1898 Morgens wurde ich eiligst gerufen wegen plötzlich, ohne Vorboten aufgetretener Krämpfe in beiden Armen. Bei meiner Ankunft fand ich den Patienten gepeinigt von «wahnsinnigen», reissenden Krämpfen in beiden Armen. Die Armmuskeln waren hochgradig tonisch gespannt, die Handgelenke nach der Ulnarseite gebeugt, die Finger in der bekannten Geburtshelferstellung, der Zeigefinger wenig gebeugt, die übrigen langen Finger im ersten Gelenk gebeugt, im 2. und 3. gestreckt, der Daumen adducirt. Der starke Anfall wurde durch Morphium etwas gemildert, dauerte jedoch 2 Stunden. Am gleichen Tage kamen noch 2 gleich intensive und ebensolange dauernde Anfälle, welche den Kranken ungemein erschöpften. Am nächsten Krankheitstage folgten 2 kleinere Attaquen, bei welchen Arme und Beine gleichmässig für je 1½ Stunden betheiligt waren. Der Krampf

[2]) Vergl. die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie, übers. von Felix Semon. Berlin 1880. Bd. I. S. 775.

*) Vorgetragen im ärztlichen Verein Nürnberg am 1. September 1898.

an den Füssen betraf hauptsächlich die Plantarflexoren. Nun war 5 Tage lang mit den Krämpfen Ruhe. Am 6. und 7. März kamen noch ein paar schwache Anfälle in den Armen von 10—15 Minuten langer Dauer. Seit 4 Monaten ist kein Krampf mehr gekommen. Die Reflexe waren während des Anfalls und nach demselben sehr erhöht. Beklopfen des Facialisstammes rief während der anfallsfreien Zeit einen heftigen Krampf im Gebiet dieses Nerven hervor (Facialisphänomen). Es war überhaupt beim Patienten eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der motorischen Nerven vorhanden. So war auch das Trousseau'sche Zeichen leicht nachweisbar, welches darin besteht, dass in den Intervallen durch Druck auf die grossen Nerven- und Arterienstämme der Ober- und der Unterextremitäten ein regulärer Tetanieanfall ausgelöst werden konnte, der so lange anhielt als die ihn bedingende Compression. Seit 16. März 1898 geht der Mann seiner Beschäftigung wieder nach, ohne seit dieser Zeit eine Störung seiner Gesundheit erlitten zu haben. Die dem Anfall vorhergegangene stärkere Anschwellung des rechten Horns der Glandula thyreoidea hat sich spontan zurückgebildet und es besteht jetzt nur eine kaum hühnereigrosse Struma von weicher Consistenz.

Dass in unserem Fall nach theilweiser Exstirpation des Kropfes doch Tetanie auftrat, erkläre ich mir aus der acuten Hypertrophie und aus der rasch vermehrten Consistenz des schon kropfig degenerirten rechten Schilddrüsenlappens. In Folge der Steigerung der Drüsenhypertrophie wurde wohl die Function des Organrestes völlig aufgehoben und dadurch ein Zustand geschaffen, analog dem bei der Totalexstirpation: Die Ausfallserscheinungen in Folge ungenügender Absonderung von Drüsensaft traten eclatant zu Tage in Gestalt der Tetanie. Skeptiker können sagen, dass vorliegender Fall von Tetanie überhaupt nicht unter die Kategorie der Kropftetanie subsumirt werden dürfe. Aber es hiesse doch den Thatsachen Gewalt anthun, wenn man dem Umstande der vor Monaten erfolgten partiellen Kropfoperation nicht Rechnung tragen und ausserdem die der Tetanie vorangegangene acute Exacerbation der chronischen Hypertrophie des verbliebenen rechten Schilddrüsenlappens nicht in Causalnexus mit dem Anfall bringen wollte. Da es sich nach Reinbach's Ansicht, die gestützt ist auf seine Arbeit in Ziegler's Institut, bei dem Kropfcolloid im Wesentlichen um ein Degenerationsproduct handelt, so ist es leicht erklärlich, dass Zunahme der Degeneration durch acute Verschlimmerung der Struma, wie in unserem Falle, Ausfallserscheinungen im Gefolge haben kann. Die hohe Bedeutung der Schilddrüsenfunction prägt sich auch ausserdem nach Magnus-Levy im Stoffwechsel deutlich aus, insoferne als ihr Fehlen eine Herabsetzung des Gaswechsels, der Wärmebildung und Temperatur bedingt und ihre übermässige Function — bei der Basedow'schen Krankheit — mit gesteigertem Stoffwechsel einhergeht. Die Zufuhr der im Körper fehlenden Producte der Schilddrüse per os bewirkt neben der sonstigen Besserung eine wesentliche Steigerung des Gesammtstoffwechsels. Und in der That sind mit der Fütterung von Schilddrüse bei Tetanie und Kachexia strumipriva schon genügend temporäre Erfolge erzielt worden. Ich hätte auch in vorliegendem Fall die Organtherapie eingeschlagen, wenn er chronisch zu werden sich angeschickt hätte, Billroth hat in 2 seiner Fälle chronischen Verlauf gesehen. Da das Trousseau'sche Zeichen und das Facialisphänomen 14 Tage nach dem letzten Anfall bei unserem Kranken nicht mehr nachweisbar war, so konnte von Heilung gesprochen werden; denn so lange obige Phänomene persistiren, befindet sich die Krankheit noch im Stadium der Latenz. In diesem Stadium ist dann wohl die Drüsenfütterung indicirt.

Ende Juni 1898, also ca. 4 Monate nach überstandener Tetanie, habe ich den Mann wiederholt untersucht und fand auffallender Weise die Reflexe völlig erloschen, eine Thatsache, die bisher nach absolvirter Tetanie noch nicht beobachtet, resp. gemeldet wurde; dieses Factum lässt sich nach meiner Ansicht dadurch erklären, dass eine — wohl temporäre — Erschöpfung der Nervenkraft (sit venia verbo) als Reaction nach der schweren Neurose eingetreten ist.

Ich finde in der mir zugänglichen Literatur nur 3 Fälle von Tetanie nach partieller Strumektomie verzeichnet. Der erste Fall stammt von Szuman: Bei einem Mädchen ist die ganze Drüse mit Ausnahme des nach dem Kehlkopf zu verschobenen schmalen mittleren Lappens exstirpirt worden, der jedoch an der Wurzel abgebunden und abgeschnitten wurde. Den zweiten Fall beschreibt Turetta: Es handelte sich um eine Strumaausrottung mit Zurücklassung eines Theils des Mittellappens; Exitus am 8. Tage. Hierher gehört vielleicht noch als dritter Fall ein jüngst von Meinert publicirter Tetaniefall, betreffend eine Dame, welche im 4. Monat schwanger war und welcher wegen Athmungshindernisses die rechte mannsfaustgrosse Hälfte ihres Kropfes exstirpirt wurde. 3 Tage nach der Operation stellten sich sehr schmerzhafte Streckkrämpfe in Händen und Füssen ein. In diesem Fall concurrirten 2 aetiologische Momente: die Kropfoperation und die Schwangerschaft. — Sonst sind es Fälle von totaler Entfernung der Struma, nach welcher Operation zahlreiche Beobachtungen von Tetanie gemacht wurden, während z. B. Billroth über 109 partielle Operationen berichtet, nach denen niemals die Krankheit auftrat. Der Erste, welcher vor der gänzlichen Kropfexstirpation warnte auf Grund unangenehmer Erfahrungen mit der Radicaloperation auf Billroth's Klinik, war Weiss. Derselbe berichtet, dass von 53 Patienten, denen der ganze Kropf weggenommen wurde, 23 Proc. Tetanie bekamen. Von 12 Kranken, welche von Tetanie befallen wurden, starben 8, während von 115 Kropfoperationen Roux's-Lausanne keiner Tetanie bekam. Frankl-Hochwart verlangt desshalb als Vorbedingung zum Erzeugen der Tetanie ein specifisches Agens, welches nur an gewissen Orten und zu gewissen Zeiten entsteht. v. Eiselsberg's Thierversuche, wie die von Schiff, Wagner, Horsley ergaben, dass, wenn 4 Fünftel der Drüse entfernt wurden, sich klonische Krämpfe einstellen, niemals aber tonische wie beim Menschen, dass ferner die einzeitige und zweizeitige Totalexstirpation bei Thieren immer tödtliche Tetanie hervorruft, dass des Weiteren die halbseitige Exstirpation niemals tetanische Symptome macht, dass schliesslich Ausschaltungsversuche durch Ligatur aller zur Drüse gehenden Gebilde stets eine Tetanie erzeugen, welcher die meisten Thiere erliegen. Dass nicht noch mehr Menschen an Tetanie nach Totalexstirpation der Drüse erkrankt sind, glaubt v. Eiselsberg darauf zurückführen zu müssen, dass häufig accessorische Schilddrüsen die Function übernommen haben und manchmal einige Reste bei der Exstirpation zurückgeblieben sein dürften. Einer seiner Patienten ist Vegetarianer geworden und hat sich vielleicht desshalb den Gefahren der Tetanie entzogen; Pflanzenfresser ertragen die Totalexstirpation der Schilddrüse ziemlich gut, fleischfressende Thiere dagegen nicht. Tetanie und Kachexia strumipriva scheinen verwandte Krankheiten zu sein; abgesehen davon, dass sie eine einheitliche Ursache haben, so gelang es Horsley, bei Affen die acute Form der Tetanie in die chronische Form des Myxoedems überzuführen; ausserdem wird die chronische Tetanie der Kachexie in manchen Punkten ähnlich (wie im Ausfallen der Haare), und endlich haben gute und verlässige Beobachter (Kocher, Mikulicz, Gussenbauer und Stelzner) einen Uebergang der Tetanie in Kachexie beim Menschen wahrgenommen.

Die Ursache der Tetanie im Allgemeinen ist nach v. Strümpell keine ganz einheitliche. Nach ihm ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich meist um gewisse Giftwirkungen handelt. Dafür spricht das Auftreten der Krankheit nach manchen acuten Infectionskrankheiten (Typhus, Cholera, Blattern etc.), ferner bei chronischen Magen- und Darmkankheiten, besonders bei Pylorusstenose mit Magenektasie, bei gewissen chronischen Intoxicationen (Alkoholismus). Auffallend häufig werden von allen Gewerbetreibenden die Schuster von Tetanie befallen (Stich etc.).

Bei Frauen zeigt sich dieselbe zuweilen während der Gravidität und Lactation (Trousseau's «Contracture des nourrices»). Derartige Fälle hat Meinert 20 gezählt, die zur Veröffentlichung gelangten. Nach Erb sind besonders wirksame Ursachen der Tetanie auch Dentition, Pubertät, Darmreize besonders in Folge von protrahirten Darmkatarrhen, Obstipation, Helminthen u. s. w.

Verkältung wird natürlich auch als aetiologischer Nothknecht für die Entstehung der Tetanie angeführt.

Eine reiche Quelle für Tetanie that sich aber plötzlich auf mit Eintritt der Aera der Totalexstirpation des Kropfes. Die Quelle wurde aber rasch wieder verstopft durch die Arbeit von Weiss und Anderen, die schlimme Erfahrungen über die Totalexstirpation meldeten.

Munk hat, gestützt auf Thierversuche, jüngst im Archiv für Physiologie behauptet, dass die Exstirpation der Kropfdrüse allein nicht zur Kachexia strumipriva führt; denn wenn auch eine Reihe von Thieren nach der Totalexstirpation zu Grunde gehen, so sind doch manche lebend und munter geblieben. Munk sieht desshalb den Grund zur Kachexie nicht in der Entfernung der ganzen Drüse, sondern in der vielseitigen Schädigung der Nerven bei der Operation. — Aehnlicher Ansicht huldigt auch Weiss, welcher glaubt, dass der Druck auf die grossen Gefässe eine Reizung der dieselben umspinnenden sympathischen Fasern involvirt, wodurch die Gefässinnervation der centralen Gebilde beeinflusst wird. Nach diesem Autor spricht die Aetiologie mancher Fälle von Tetanie für den Zusammenhang der Tetanie mit Reizung sympathischer N.-Fasern an irgend einer Stelle der Peripherie.

Schramm findet es auffällig, dass 2 von seinen Kranken männlichen Geschlechts waren, während bis jetzt die Tetanie nach Kropfexstirpation nur bei meist jungen Mädchen beobachtet wird; so betrafen die 12 Fälle von Weiss, 3 von Reverdin, 1 von Szuman das weibliche Geschlecht. Unser Fall, der einen jungen Mann betrifft, gehört desshalb zu den Seltenheiten.

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Tetanus und Tetanie, — denn nur um diese kann es sich in unserem Falle handeln, — ist festzustellen, dass Tetanie von der Peripherie gegen das Centrum fortschreitet, dass der bei Tetanie manchmal vorkommende Masseterenkrampf niemals als die erste Erscheinung der Krankheit auftritt, dass die Tetanie stets eine intermittirende motorische Neurose ist, während es beim Tetanus höchstens Remissionen, aber keine Intermissionen gibt, der Tetanus stets mit Trismus einsetzt und dann erst nach der Peripherie sich wendet.

Benützte Literatur:

Turetta: Ref. im Centralbl. f. Chir. No. 4. 1892.

v. Strümpell: Lehrb. d. spec. Path. u. Therap.

Erb: In v. Ziemssen's Sammelwerk, 12. Bd. 2. Hälfte. pag. 332. 1874.

Meinert: Arch. f. Gynäk. 55. Bd. S. 446. 1898.

Weiss: Volkmann's klinische Vortr. No. 189.

Roux: Ref. im Centralbl. f. Chir. No. 50. 1891.

Frankl-Hochwart: Die Tetanie. Berlin 1891.

v. Eiselsberg: Ueber Tetanie im Anschluss an Kropfoperationen. Centralbl. f. Chir. No. 49. 1889.

Schramm: Beitrag zur Tetanie nach Kropfexstirpationen. Centralbl. f. Chir. No. 22. 1884.

Szuman: Mittheilung eines Falles von Tetanus nach Kropfexstirpation. Centralbl. f. Chir. No. 2. 1884.

Reinbach: Zur Chemie des Colloids der Kröpfe. Centralbl. f. Chir. No. 21. 1898.

Magnus-Levy: Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage. Zeitschrift f. klin. Medic. Bd. 33. Heft 3 u. 4.

Reverdin: Revue médic. de la Suisse romande. 1883. Heft 4 u. 6.

Erfahrungen über Orthoform.

Von Dr. *W. Asam* in Murnau.

Schon die erste Veröffentlichung über Orthoform, welche seine Erfinder Einhorn und Heinz in diesen Blättern machten, mussten die Aufmerksamkeit der Aerztewelt auf sich ziehen. Es werden ja diesem neuen Mittel neben voller Ungiftigkeit und neben antiseptischer Wirkung schmerzstillende Eingenschaften von einer Sicherheit und Nachhaltigkeit nachgerühmt, wie sie noch kein chemischer Körper unseres Arzneischatzes bislang besitzt; der Schmerz aber ist es, der uns in sehr vielen Fällen unsere Kranken zuführt, und der Erfolg in Hinsicht auf die Beseitigung des Schmerzes ist es wiederum, der uns die Dankbarkeit unserer Clientel sichert. Desshalb muss die Anwendung des Orthoforms dieser seiner eminenten Eigenschaft wegen auch den Arzt reizen, der bei der Unzahl der in neuerer Zeit gepriesenen Jodoformersatzmittel skeptisch geworden ist. Seitdem Neumayer und Klaussner in der Münch. med. Wochenschr. ihre ersten Erfahrungen über Orthoform kundgaben, sind in in- und ausländischen Fachblättern und medicinischen Gesellschaften Berichte über dieses Mittel veröffentlicht worden, die über die Eigenschaften desselben lobpreisend übereinstimmen; allenthalben wird dessen Ungiftigkeit constatirt. Es muss auffallen, dass ich in Nachfolgendem einige Fälle zu verzeichnen habe, deren Verlauf die bedingungslose Anerkennung dieser letzteren Eigenschaft des Mittels nicht gestattet; vielleicht bestimmen diese Aufzeichnungen manchen Beobachter, seine Erfahrungen in dieser Hinsicht auch zu registriren, um über den Werth und die Wirkung des Orthoforms, das sicher seiner vorzüglichen, übrigen Eigenschaften wegen eine Ausnahmestellung einnimmt, ein abschliessendes Urtheil zu erhalten. Ich erinnere in dieser Beziehung an die Carbolgangraen, welche in Ansehen auf die massenhafte Anwendung von Carbol im täglichen Leben sehr selten zwar vorkommt, aber eben doch vorkommt und selbst bei einer Concentration von 1 Proc.

1. Fall. B. A., 58 Jahre alt, Oekonomensfrau, December 1897, zeigt unter dem äusseren Knöchel des rechten Fusses ein kaum linsengrosses, oberflächliches Geschwür, leicht nässend, mit etwas gerötheten Rändern, das ihr namentlich des Nachts gegen den äusseren Fussrand und zur Wade hin ausstrahlende, lebhafte Schmerzen verursacht. Unter Anwendung von Orthoform sofortiger Nachlass dieser Schmerzen. Nach 8 Tagen an Stelle des Geschwüres folgender Befund: Schwellung und Röthung der Haut, nach unten bis zum Fussrand, nach vorne bis zu den Zehen, nach innen bis auf die Mitte des Fussrückens, nach oben drei Fingerbreiten über den äusseren Knöchel reichend. Am Orte des Geschwüres eine markstückgrosse, saftige, blauschwarze Stelle, unterhalb und rechts davon 2—3, markstückgrosse, unregelmässige, mit halbgeronnenem Serum erfüllte Blasen; im Bereich der Schwellung bläulichschimmernde Röthe, letztere nach oben von massenhaften, rothen Knötchen durchsetzt. 2 Tage später ist die Hauterkrankung nach Entfernung des Orthoforms nur wenig an den Grenzen fortgeschritten, die blauschwarze Stelle am ursprünglichen Geschwürssitz ist zu einem markstückgrossen schwarzen Brandfleck eingetrocknet, die Blasen sind geplatzt. Patientin zeigt an den Berührungsflächen sämmtlicher Finger der rechten Hand und an einigen Fingern der linken theils Röthung und Schwellung, theils Blasenbildung der Haut. 14 Tage nach Entstehung dieses Processes war die Epidermis über der betroffenen Partie und der Brandfleck über dem Geschwüre abgestossen und an letzter Stelle ein schön granulirendes Geschwür.

2. Fall. K. L, 35 Jahre alt, Eisenbahnarbeiter, December 1897, leidet an einer Quetschung des rechten Daumens; an der Volarfläche des Endgliedes ist die Haut brandig. Die Klagen des Patienten, welche sehr gross sind, verstummen, seitdem sich in die Gruben der Demarcationslinie Orthoform in Pulverform einstreuen lässt und namentlich, nachdem sich das brandige Hautstück losgestossen. Nach 8tägiger Anwendung von Orthoform in Pulverform, täglich 1 mal, erneute Schmerzen. Die Haut des ganzen Daumens ist weissgelb geworden, über dem Grundgliede bis über den halben Handrücken hin ist die Haut geschwollen, geröthet, mit kleinen Knötchen bedeckt. Die Wunde selbst zeigt einen schmierigen, weissgrauen Belag. Unter Sistirung des Orthoforms schreiten die Erscheinungen nicht weiter fort. Die Oberhaut über dem ganzen Daumen lässt sich mittels Pincette und Scheere entfernen; unter derselben ist die Cutis mit eiterig seröser Flüssigkeit bedeckt, geröthet und geschwellt. Ganz ähnliche Verhältnisse bietet ein

3. Fall, eines weiteren Eisenbahnarbeiters, K. M., 42 Jahre alt, der zu gleicher Zeit mit ganz der gleichen Verletzung an gleicher Stelle in's hiesige Spital kam und gleich wie der Vorfall behandelt wurde und verlief.

4. Fall. D. K., Austräglerin, 83 Jahre alt, leidet an varicösen Fussgeschwüren, welche in der Zahl von je 4—6 Stück auf jedem Unterschenkel im Anschluss an ein impetiginöses Ekzem entstanden waren. Dieselben waren zehnpfennig- bis markstückgross, meist rund und durchsetzten die Cutis zur Hälfte. Patientin, die einen schwerkranken Mann zu pflegen hatte, litt unter diesen Geschwüren sehr. Anfangs November 1897 erhielt sie Orthoform in 10proc. Salbe aufgelegt; der Schmerz ist sogleich verschwunden und die Kranke erfreut sich einer Reihe ausgezeichneter Nächte. Am 14. November 1897 werde ich neuerdings gerufen, da sich der Schmerz wieder in mässigem Grade eingestellt hat, und constatire Folgendes: Die Stellen sämmtlicher Geschwüre sind von einer schwarzgrünen, lockeren, brandigriechenden Masse eingenommen, die Umgebung derselben ist im weiten Umfange bläulichroth verfärbt; das Ganze sieht aus wie multiple Lupusherde, welche mit Pyrogallussalbe tractirt worden sind: es sind die Erscheinungen des feuchten Brandes, welcher Geschwürsgrund und Geschwürsränder betroffen hat. Unter Behandlung mit feuchtwarmer Borsäurelösung stossen sich die nekrotischen Partien innerhalb Wochenfrist ab und das Vorhandensein der ursprünglichen Geschwüre, wesentlich vergrössert und vertieft, war das Endresultat.

5. Fall. St. A., 4 Jahre alt, Mühlenbesitzerssohn, leidet an einer Verbrennung der Streckseite des rechten Ober- und Unterarmes und der rechten Brustseite, 1.—3. Grades, in Folge Verbrühung mit heisser Milch. Es wird 2proc. Orthoformsalbe angewendet, welche den Schmerz befriedigend lindert. Nach mehrtägigem Gebrauch und nachdem die Abschwellung schon erfolgt war, die Blasen sich abgestossen und die Röthe verschwunden war, werden die Brandgeschwüre missfarbig; neuerliche Schwel-

lung und Röthung tritt auf und über die Beugeseite des Armes breitet sich ein impetiginöses Ekzem aus. Nach Aussetzen der Salbe gehen die Erscheinungen sogleich zurück. Es könnte in diesem Falle zweifelhaft erscheinen, ob die eben beschriebenen Veränderungen der Wirkung des angewandten Mittels zuzuschreiben sind, da man ja in ähnlichen Fällen, ob man nun völlig indifferent mit feuchten Auflagen oder mit antiseptischen Salben oder mit trockenen Verbänden behandelt, gelegentlich in Folge des durch die Verbrennung auf die Haut gesetzten Reizes Ekzem auftreten sieht; die Missfarbigkeit der Geschwüre und die Anordnung des Ausschlages liess über die wahre Herkunft der Erscheinung aber keinen Zweifel über.

6. Fall. T. M., 4½ Jahre alt, Maurerssohn, December 1897, erleidet eine Schnittwunde, welche die Amputation im Mittelglied des rechten Zeigefingers und die Sehnennaht der Strecksehne des rechten Mittelfingers nothwendig macht. Verband mit Orthoformpulver. Nach 3 Tagen, innerhalb welcher Patient keine Schmerzen geäussert hat, Verbandwechsel; die Wunden sehen reizlos und wie zur prima reunio geneigt aus. Nach weiteren 2 Tagen zeigt sich Röthung der Ränder beider Wunden und leichte Schwellung ihrer Umgebung, Juckreiz. Abermals Orthoformpulver nach Entfernung der Nähte. Nach weiteren 2 Tagen ist die ganze Rückenfläche der Hand erysipelatös geröthet, die Wunde am Zeigefinger klafft auseinander, sieht braunroth aus. Die Haut auf der Hohlhandseite ist mit zahlreichen, serumhaltigen Blasen besetzt. Ausserdem zeigt der Knabe Schwellung und Röthung beider Wangen und der unteren Augenlider, über die zahlreiche, kleine Knötchen ausgesät sind. Der weitere Verlauf der Heilung zeigt mangelhafte Heiltendenz bei dem Knaben überhaupt, über den ich von anderer Seite erfahre, dass er schon in ausgedehntem Maasse dem Biergenuss und dem Tabakrauchen huldige.

7. Fall. G. M., 53 Jahre alt, Armenhäuslerin, Mai 1898, trägt an ihrem linken Bein ein kolossales, varicöses Fussgeschwür, das fast den ganzen Unterschenkel ringsum umfängt. Wegen grosser Schmerzen erhält sie eine 2proc. Orthoformsalbe, die ihr zwei Tage fast absolute Schmerzlosigkeit bringen. In der Nacht des 3. Tages Brennen, Hitzegefühl, vermehrter Schmerz. Am 4. Tage zeigt die ehedem sehr rein gehaltene, roth granulirende, ausgedehnte Geschwürsfläche weissgrauen, stellenweise schwarzgrauen Belag, die Geschwürsränder sind bläulichroth. Nach sofortiger Sistirung des Mittels reinigt sich das Geschwür in 1—2 Tagen.

8. Fall. Sch. M., 40 Jahre alt, Landwirth, Juni 1898, zeigt über dem rechten äusseren Knöchel eines jener flachen, kleinen, äusserst schmerzhaften Geschwüre und erhält 10proc. Orthoformsalbe. Nach Verlauf von 6 ziemlich schmerzfreien Tagen erneutes Schmerzgefühl; über dem Geschwüre ein grauschwarzer Belag, die Umgebung geschwellt und bläulichroth. Nach sofortiger Aussetzung der Salbe und Abstossung des oberflächlichen Schorfes Heilung unter Zinkleimverband. Ganz gleiche Verhältnisse zeigte ein

9. Fall eines 60jährigen Bauernknechtes W. N. mit einem äusserst schmerzhaften kirschkerngrossen Geschwüre unter dem äusseren Knöchel des rechten Fusses.

In allen diesen Fällen wurde das basische Orthoform verwendet. Warum von meiner Seite verhältnissmässig so viele mangelhaft günstige Beobachtungen gemacht wurden, von anderer Seite keine solchen erwähnt sind, ist mir nicht erklärbar. In der Art der Anwendung konnte die Ursache nicht gelegen sein, umsomehr, als das Mittel durch mich auch noch in manch anderen Fällen ohne üble Nebenerscheinung, äusserlich und auch innerlich, zur Verwendung kam. In fast allen Fällen handelte es sich um die Anwendung bei mangelhaft ernährten Gewebspartien; es wurde aber ein zu massenhafter und ein zu oftmaliger Verbrauch des Präparates vermieden. Die üblen Folgen traten meistens nach einer Anwendungszeit von 3—14 Tagen ein — nachdem vorher die dem Mittel nachgerühmten, günstigen Wirkungen sich gezeigt haben — und äusserten sich anfänglich in entzündlichen Reizerscheinungen, welche auch, wie Fall 1 u. 6 erkennen lassen, reflektorisch oder durch die Blutbahn, metastasirt auf entferntere Körperregionen übertragen wurden, später in völliger Nekrotisirung, vermuthlich durch Lösung, Quellung und Erweichung des Organeiweisses hervorgerufen.

Bericht über das orthopädische Ambulatorium der kgl. chirurgischen Klinik zu München im Jahre 1898.

Von Privatdocent Dr. *Fritz Lange.*

Im Berichtjahre wurden im orthopädischen Ambulatorium 368 Kranke (1897 = 260 Kranke) behandelt.

Die Leiden waren folgende: 2 Schiefhälse, 45 Skoliosen, 24 Spondylitiden, 7 rhachitische Kyphosen, 28 Fälle von angeborener Hüftverrenkung, 7 Fälle von Coxa vara, 14 Fälle von Hüftgelenksentzündung, 16 Fälle von Hüftcontractur, 6 Knieentzündungen, 6 Kniecontracturen, 19 Genua valga, 2 Genua vara, 5 rhachitische Verkrümmungen der Unterschenkel, 19 Knochenbrüche der unteren Extremitäten, 29 angeborene Klumpfüsse, 6 paralytische Klumpfüsse, 19 Ped. plan., 7 Ped. valg., 216 Ped. planovalg., 22 Lähmungen der Beine, 4 Fälle von angeborener Gliederstarre und 48 verschiedene Leiden.

Die Grundsätze der Behandlung blieben die gleichen wie im Vorjahre. Das Ziel war, die Leiden auf eine möglichst schnelle, aber auch auf möglichst ungefährliche Weise zu beseitigen. Desshalb traten die Knochenoperationen vollständig zurück gegenüber den mit subcutanen Tenotomien verknüpften und meist durch Schraubenzug ausgeführten redressirenden Methoden.

Von einzelnen Operationen ist Folgendes zu erwähnen:

Der Versuch, eine Skoliose in Narkose zu redressiren, wurde 3mal gemacht; das Verfahren stellte sich aber als nutzlos und gefährlich heraus, so dass später gänzlich davon Abstand genommen wurde. Das Calot'sche Redressement der spondylitischen Wirbelsäule wurde im Berichtjahre kein einziges Mal ausgeführt; statt dessen wurde regelmässig die in der Wiener Klinik (1899, Januarheft) ausführlich beschriebene paragibbäre Stellungsverbesserung mit sehr befriedigendem Erfolge vorgenommen.

Die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung wurde nach den in der Sammlung klinischer Vorträge eingehend besprochenen Modificationen ausgeführt.

Bei der Behandlung der Coxa vara wurde von einer operativen Beseitigung der Schenkelhalsverbiegung vollkommen abgesehen, und lediglich die Beseitigung der Beschwerden durch Ruhigstellung der Gelenke und Jodoformölinjectionen angestrebt.

Die Gelenkentzündungen und Knochenbrüche wurden durchgehends mit Gehverbänden behandelt.

Bei den Lähmungen wurde bei jedem einigermaassen günstig gelegenen Falle von der Sehnenplastik Gebrauch gemacht.

Die Behandlung der Plattfüsse blieb die gleiche, wie sie in der Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 336 kurz angegeben worden ist. Zu einer Osteotomie war auch in diesem Jahre in keinem einzigen der 242 Fälle Veranlassung gegeben.

In der mit dem Ambulatorium verbundenen, einfachen Werkstätte wurde die Celluloidstahldrahttechnik eingeführt, welche es ermöglichte, ausserordentlich leichte und sehr widerstandsfähige Apparate zur Anwendung zu bringen.

Die Arbeit, welche mit der verhältnissmässig kleinen Anzahl von 368 orthopädischen Kranken verknüpft ist, dürfte am besten aus der Menge der Gipsverbände und Gipsabgüsse hervorgehen, welche im Berichtjahre über 300 betrugen. Aus der klinischen Werkstätte gingen etwa 200 Celluloidapparate hervor. — Vom Bandagisten wurden für die Klinik 103 Bandagen verfertigt.

Eine glatte Erledigung dieser Arbeit war nur möglich durch die hingebende und verständnissvolle Unterstützung, die der Berichterstatter in Herrn Dr. Seitz fand, welcher seit dem 1. November 1898 als Volontärassistent angestellt war.

Am Schluss erfülle ich eine angenehme Pflicht, wenn ich Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. v. Angerer für das auch in diesem Jahre dem Ambulatorium zugewandte gütige Interesse und die stetige, thatkräftige Förderung meinen wärmsten Dank ausspreche.

Beitrag zur Casuistik des Querulantenwahnsinns.

Von Dr. *A. Tecklenburg* in Leipzig.

(Fortsetzung.)

Gutachten über den Geisteszustand des Baumeisters H.

Durch Beschluss des Königlichen Oberlandesgerichts zu D. vom 31. December 1897 bin ich aufgefordert worden, mein in der Entmündigungsache gegen den Baumeister H. vor dem Königl. Amtsgerichte in J. am 18. März 189. mündlich abgegebenes Gutachten, auf Grund dessen H. entmündigt wurde, durch eine eingehende Wiedergabe derjenigen Beobachtungen und Wahrnehmungen zu ergänzen, auf Grund deren ich zu den in meinem Gutachten niedergelegten Schlussfolgerungen gelangt bin.

In meinem erwähnten Gutachten habe ich behauptet, dass H. chronisch geisteskrank sei, eine chronische Paranoia habe, die sich hauptsächlich in einem Beeinträchtigungswahne und in einem Verlust des Unterscheidungsvermögens für Recht und Unrecht, also einer Urtheilsschwäche (Schwachsinn) äussert. Ich habe H. für unheilbar und darum eine vormundschaftliche Fürsorge für ihn als geboten erklärt. In dem kurzen mündlichen Gutachten habe ich von den Symptonen der chronischen Paranoia nur die beiden hervorstechendsten, den Beeinträchtigungswahn und den Schwachsinn hervorgehoben, obwohl ich mir damals bewusst war, dass dies nicht die einzigen Symptome waren, auf die sich meine Diagnose stützte. Ich werde mich also in dem folgenden Gutachten, in dem es darauf ankommt, nicht nur diese beiden Einzelsymptome, sondern die Allgemeindiagnose chronische Paranoia zu ergänzen und zu begründen, nicht darauf beschränken, den Nachweis für das Vorhandensein dieser beiden Symptome im Bilde der geistigen Erkrankung des H. zu führen, sondern allgemeiner alle Symptome nachweisen, die mich dazu veranlassten, die Diagnose auf chronische Paranoia zu stellen und damit H. für unheilbar geisteskrank zu erklären.

I.

Wenn wir die Entwicklung der Ereignisse betrachten, welche schliesslich Zweifel in die Zurechnungsfähigkeit des H. entstehen und die Untersuchung seines Geisteszustandes als wünschenswerth erscheinen liessen, so ist es der Verlauf dreier Processe, welche dafür Material und Grundlage lieferten.

Es würde zu weit führen, die Materie aller drei, deren Actenmaterial mir s. Z. zur Verfügung stand, hier wiederzugeben; für die folgende Beweisführung und um die Kampfesweise H.'s darzustellen genügt die kurze Wiedergabe des einen.

Herr Rechtsanwalt F., an den sich H. behufs notarieller Ausfertigung eines Kaufvertrages gewandt hatte, erhob Bedenken gegen einige Stellen desselben und musste die ungenügende Legitimation des H. zurückweisen. Seine Liquidation musste er durch den Gerichtsvollzieher eintreiben und gegen H. Klage wegen Beleidigung erheben wegen eines, folgende Stellen enthaltenden Briefes: «dass Ihre Person als nicht für mich geeignet betrachtet wird, meine Ehre zu verletzen», ferner: «mir will scheinen, es hätte Ihnen der Dienst bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft mehr Befriedigung gebracht, als der Beruf eines Rechtsanwalts und Notars. Ich nehme an, Sie sind krank, ich wünsche Ihnen Gesundheit, insbesondere aber eine (Kräftigung) Dauer des den Erkenntnissprocess ermöglichenden Centralorgans». H. beantragt Zurückweisung der Klage: «weil mein Brief an Herrn F. Beleidigungen gar nicht enthält», und ferner: «ich bin der Verletzte, ich klage mich nicht mit Personen, die durch ihre Handlungsweise mich berechtigen, sie für krank zu halten».

Als die Hauptverhandlung anberaumt ist, lehnt er den Amtsrichter V. wegen Besorgniss der Befangenheit ab und stellt gegen ihn Strafantrag «wegen Missbrauchs der Amtsgewalt und Nöthigung», die darin zu erblicken sei, dass jener gegen ihn das Hauptverfahren eröffnet hat. Nachdem Beides vom Landgericht als unbegründet abgewiesen ist, lehnt H. den Amtsrichter V. auf's Neue ab, da er ein Einverständniss desselben mit R.-A. F. vermuthet, und wird damit wieder abgewiesen. Darauf stellt H. erneuten Strafantrag gegen V. wegen Missbrauchs der Amtsgewalt. Aus diesem Antrag verdienen folgende Stellen der Erwähnung: «Ein Richter, welcher in diesen schriftlichen Erklärungen eine Beleidigung findet, schreibt dem Rechtsanwalte mindestens Majestätsrechte zu; er ist also nicht unbefangen.» . . . «Wegen des bei den Richtern der unteren Gerichte eines Bezirkes herrschenden Corpsgeistes . . . . lehne ich den Amtsrichter Herrn V. und die sämmtlichen Herren Richter des Landgerichtes J. wegen Besorgniss der Befangenheit . . . . neuerlich ab.» Die Ablehnung des Amtsrichters wird für unbegründet erklärt und die Hauptverhandlung vor dem Schöffengerichte abgehalten, in der H. den Rechtsanwalt F. des Meineides beschuldigt und wegen Beleidigung des Staatsanwalts durch die Erklärung: «Die Rede, die der Herr Staatsanwalt gehalten hat, ist sehr schön, bezieht sich aber nicht auf die vorliegende Sache. Er scheint dieselbe schon früher einmal gehalten zu haben», zu einer Ordnungsstrafe von 3 Tagen Haft und wegen der Beleidigung des Rechtsanwalts F. zu 3 Monaten Gefängniss verurtheilt wird. Zugleich wird vom Gericht sofortige Verhängung der Untersuchungshaft wegen Fluchtverdachts beschlossen. Gegen den letzteren Beschluss erhebt H. sofortige Beschwerde, dann gegen das Urtheil Berufung und ebenso Beschwerde gegen die Haftstrafe. Das Landgericht erkennt die Berechtigung der Inhaftnahme an; auch dagegen erhebt H. sofortige Beschwerde. Zugleich richtet er ein Gesuch an den Präsidenten des Oberlandesgerichtes zu D., das folgendermaassen beginnt: «Gesetzwidrig werde ich durch Beschluss . . . . . wegen angeblicher Beleidigung als fluchtverdächtig in Haft gehalten . . . .», welcher im Sinne der Vorinstanzen Beschwerde und Gesuch zurückweist. Neue Eingabe an den Strafsenat des Oberlandesgerichts.

In der Berufungsinstanz beschliesst das Landgericht, den Angeklagten zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in die Irrenanstalt zu J. unterzubringen. Dagegen legt H. sofort Beschwerde ein und lehnt zugleich mehrere Richter ab. Das Oberlandesgericht verwirft Beides. H. richtet erneute Beschwerde an den Präsidenten, in der er erklärt, dass seine Beschwerde «widerrechtlich verworfen» sei und fährt fort: «Dr. K. (der den Antrag auf Ueberführung in die Anstalt gestellt hatte) hat den ihm in den Mund gelegten Antrag gestellt . . . . . ein Antrag des Sachverständigen muss dem Gericht ohne Zuthun gemacht sein, darf aber von dem Gericht nicht bestellt werden.» Am 21. December 189. in die Irrenanstalt überführt, von wo aus er seine Beschwerden fortsetzt und unter Anderem für die Prüfung seiner Beschwerden 39 namentlich angeführte Richter des Oberlandesgerichts in D. wegen Besorgniss der Befangenheit ablehnt, weil ihr Verhalten «. . . . Jedermann, der den unter dem Richterpersonale des Oberlandesgerichts herrschenden Geist kennt, den Geist des unbedingten Zusammenhaltens, der in der zur Willkür verleitenden römisch-jüdischen Justizgesetzgebung des deutschen Reiches einen Nährboden findet, zu dem Schlusse berechtigt, dass eine unparteiische Prüfung dieser Beschwerde seitens der Richter bei dem Oberlandesgerichte D. ausgeschlossen erscheint.»

Nach Erlegung einer Caution von 2000 Mark wird die Untersuchungshaft aufgehoben. Auf Grund einer gutachtlichen Aeusserung der Direction der Irrenanstalt, welche H. für geisteskrank erklärt, wird das Urtheil des Schöffengerichts aufgehoben.

Auch dagegen erhebt H. Beschwerde, er sei nicht geisteskrank: «ich bin körperlich gesund befunden, also wird der Geist nicht gehindert», das Gutachten sei falsch. Er beantragt ein Gutachten der Landesmedicinalbehörde. Für die Prüfung der Beschwerde lehnt er wieder 39 Richter des Oberlandesgerichtes D. wegen Besorgniss der Befangenheit ab: «Diese Besorgniss mache ich glaubhaft mit dem Hinweis auf die Feindseligkeiten, ungesetzlichen Beschlüsse des Richterpersonals bei dem Oberlandesgericht D. . . . . sowie auf das Band der Verwandtschaft, welches die genannten Richter umschliesst.» Die Beschwerde wird natürlich als unzulässig zurückgewiesen.

Denselben typischen Verlauf zeigt eine ähnliche Processsache in H.: Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts, als dieser nicht ganz nach H.'s Wünschen handeln kann, Verweigerung der Zahlung und Beleidigung desselben. In dem gegen H. desshalb anhängig gemachten Process wird nun von ihm, gerade so wie oben, jeder Gerichtsbeschluss angefochten, Beschwerde eingelegt bei Amts-, Land- und Oberlandesgericht, Eingaben an Anwaltskammer und Ministerium gemacht, die Richter werden abgelehnt und Strafanträge gegen sie gestellt, verschiedene Beamte und Behörden gröblichst beleidigt, bis schliesslich auch hier das Gericht Bedenken wegen seiner Zurechnungsfähigkeit äussert.

Ein 3. Process, in den mir seiner Zeit Einblick gewährt wurde, betrifft eine Strafsache wegen Beleidigung der österreichischen Justizbehörden. Das Verfahren H.'s ist das oben geschilderte, bis auch in diesem Falle wieder das Gericht die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten bezweifelt und die Begutachtung seines Geisteszustandes beschliesst.

Ich habe mich hier darauf beschränkt, das Material der Acten nur so weit anzuführen, als es den Gang der Processe an und für sich charakterisirt, habe dagegen die das krankhafte Vorstellungsleben beweisenden Aeusserungen des H., soweit es anging, weggelassen, um Wiederholungen vermeiden zu können, werde ihre Erwähnung aber später bei der eigentlichen Beweisführung durch Verwerthung der Materie nachholen.

II.

Wenden wir uns nun der Persönlichkeit des H. selbst zu. Die erste Bekanntschaft mit ihm machte ich im Sommer 1889, als H. in die damals von mir abgehaltene poliklinische Sprechstunde der Irrenanstalt zu J. kam und an mich das Ersuchen stellte, ihm ein Zeugniss auszustellen, dass er geistig gesund sei. Er wollte dasselbe vor Gericht benutzen in einer Processsache, die er mir zu erzählen begann. Ich schlug ihm seine Bitte ab mit dem Bemerken, dass ich mir ein Urtheil über seinen Geisteszustand nur bilden könnte nach Einblick in die Acten und nach seiner mindestens 4 bis 6wöchentlichen Beobachtung in der Anstalt. Der Eindruck, den ich damals erhielt, war der, dass ich es mit einem verrückten Querulanten zu thun hatte.

Am 21. December 189. wurde H. aus der Untersuchungshaft in die Anstalt behufs Beobachtung seines Geisteszustandes eingeliefert und mir zugleich die Möglichkeit geboten, mich durch das Studium der Acten mit dem Falle bekannt zu machen und mit dem Angeklagten das darin enthaltene Material zu besprechen.

Der von mir in der Anstalt an dem H. erhobene körperliche Befund enthält nichts, was für die Beurtheilung der geistigen Erkrankung irgendwie in Betracht käme. H. stammt nach seiner eigenen Angabe aus gesunder Familie und will hereditär nicht belastet sein. Irgend eine ernstliche Krankheit habe er nie gehabt. Ueber sein Leben hat er mir einen sehr charakteristischen Bericht gegeben, den ich, soweit es hier interessirt, folgen lasse:

«Am 1. Juni 184. in H. geboren, Vater im 3. Lebensjahr verloren. Gymnasium besucht, Baufach studirt in Hannover und Berlin. 187. als kgl. Bauführer der Eisenbahndirection C. beeidet, 187. Wasserbausectionsingenieur der kgl. Canalbauverwaltung im Emsgebiete, 187.—7. verantwortlicher Bauleiter im Range eines Postenofficiers im Bereiche der ersten Festungsbauinspection. 187. Duell mit dem Consul H, Kauf des Ritterguts P. nach Aufgabe der Beamtenstellung. Conflict mit dem Juden B., Kreisgerichtsdirector in U., weil ich über den Gutseingang die Inschrift «Juden ist Eintritt verboten» hatte anbringen lassen. 188. Verkauf des Gutes und Uebersiedelung nach Böhmen. Begründung der Serpentinsteinverwerthung Ei. in Böhmen. 188. Verlobung mit der Tochter des Herrn v. L., deren ehemaliger Vormund der beabsichtigten ehelichen Verbindung widerstrebt. Das Fräulein wird dadurch kopfscheu gemacht, dass das k. k. Kreisgericht E. mir einen Process wegen versuchten Betruges und schwerer Körperverletzung macht; wegen Betrugs wird eine Anklage nicht erhoben, die Anklage wegen schwerer Körperverletzung wird zurückgezogen, nachdem sich herausgestellt hat, dass Dr. Schn. auf Veranlassung des Richters W. ein falsches ärztliches Attest ausstellte.»

188. Auflösung der Verlobung, Verkauf des Serpentinsteinwerkes, Reise nach Holland, Belgien, Schweiz, Italien, Kleinasien, Konstantinopel. 188. Uebersiedelung nach Ungarn, Niederlassung in Orsova, Verheirathung, Beginn der Reibungen mit dem Bezirksrichter Jude N. und dem Postmeister, Sohn der Jüdin K. 189. Verurtheilung zu 2 Jahren Arrest wegen angeblicher Verleumdung auf Grund gefälschter Urkunden nach dem Referat des Juden Sz.

Im Jahre darauf Tod meiner Gattin, 1893 Ausweisung aus Ungarn als angeblich vermögenslos, weil das Gericht meine Ausweisung laut Gesetz nicht aussprechen konnte.»

In der Unterhaltung über die Materie der Processe und über die Art der Führung derselben von seiner Seite vertritt H. fast mit denselben Worten und Redewendungen durchaus den Standpunkt, der aus seinen Eingaben und Beschwerden zu ersehen ist. Da derselbe unten noch erörtert werden soll, so erübrigt sich ein Eingehen darauf an dieser Stelle. Als Gesammtergebniss geht aus den mir gegenüber gemachten Aeusserungen H.'s ungefähr folgende Anschauungsweise hervor.

Die Chicanen, denen er seitens der Behörden ausgesetzt gewesen ist, reichen weit in seine Vergangenheit zurück, schon bis in die Zeit seines Aufenthaltes in Ungarn. Es sei dies um so auffallender, als er glaubt, sich um den ungarischen Staat verdient gemacht zu haben, dadurch, dass er die Aufmerksamkeit des Ministers auf verschiedene Unregelmässigkeiten von Verwaltungsbeamten lenkte. Man hat ihn dessbalb mit allen möglichen Rechtshändeln verfolgt, aber schon in Oesterreich-Ungarn ist ihm sein Recht nicht geworden, vielmehr wurde «das Recht gebeugt» und «Justiz-Schurkenstreiche» an ihm ausgeübt. Auch von Seiten des deutschen Consulates in Ofen-Pest hat er nicht die genügende Unterstützung gefunden und sich desshalb an das auswärtige Amt in Berlin gewandt. Dabei ist er diesen Behörden durch das Aufdecken verschiedener Mängel lästig geworden und man suchte ihn nun auf jede Weise unschädlich zu machen. Diese Absicht gehe u. A. auch aus Folgendem hervor, was ihm sehr aufgefallen sei: Er war eben erst wieder nach Deutschland in die Gegend von Bo. gekommen, wo er eine Kieslieferung übernommen hatte, liess aber, da er noch keinen festen Wohnsitz hatte, seine Correspondenz an seine Schwester nach Ha. gehen — sofort seien auch schon die Ha.'er Behörden auf ihn aufmerksam geworden und «kaum hatte ich mich dann in Bo. niedergelassen, als auch schon das Gericht in J. lebendig wurde und sich schon im Juli, als ich mit dem Gericht in J. noch gar nichts zu thun hatte, in Bo. beim Gemeindevorstand nach meinen Verhältnissen erkundigte.» Ueberhaupt würde in seinen Processen das Verfahren nicht im «öffentlichen Interesse geführt, sondern es kämen ganz andere Interessen in Betracht». Er meint damit die persönlichen Interessen der Richter, die, wenn sie einmal einen Fehler gemacht haben, sich in Folge «des unter ihnen herrschenden Corpsgeistes» und der sie verbindenden verwandtschaftlichen Verhältnisse nicht im Stiche liessen, sondern sich durch Winke verständigen, denn «neben den Acten geht doch immer noch eine private Correspondenz nebenher». Auch das Gericht in Sachsen habe vom auswärtigen Amt einen Wink erhalten, ihn bei der ersten sich bietenden Gelegenheit «hinter Schloss und Riegel zu bringen».

Auch von der Anstalt aus verfasste er seine Beschwerden und Eingaben weiter. Um die Namen der Richter des Oberlandesgerichtes D., die er ablehnen wollte, feststellen zu können, liess er sich das Staatshandbuch geben. Am Abend sagte er zu mir etwa Folgendes: Nun ist mir ja die ganze Sache klar, da kommen ja dieselben Namen vor wie in J., da sind ja eine ganze Reihe Richter mit einander verwandt. Da wird meine Beschwerde natürlich zurückgewiesen werden, denn die D.'er Richter werden doch nicht anders entscheiden als ihre Verwandten in J. Ueberhaupt erging er sich gern in Aeusserungen über den heutigen «heruntergekommenen verjudeten Richterstand» und sagte einmal, nachdem er sich sehr selbstgefällig über seine eigenen umfassenden in 40 Semestern erworbenen juristischen Kenntnisse ausgesprochen hatte, «wer studirt denn heutzutage noch Jurisprudenz? Wieviel Leute laufen herum, die vom Corpus juris keine Ahnung haben!»

In 2 in der Anstalt verfassten Schriftstücken spricht sich dieselbe oben geschilderte Anschauungsweise aus. Es heisst in einem Briefe an Hei.: «Nachdem schon seit Monaten versucht wird, mich zu beseitigen, so blieb, weil auch die Beleidigungsklage verunglückt ist, nur der Rest des Hexenprocesses übrig, mich in die Nacht des Irrenhauses zu versenken» und Brief an Fr. E.: «... erfuhr ich, dass sich L. an Dich herandrängt. Sei so gut und fertige diesen Menschen, der nur als Spion kommt, so ab, dass er keinen weiteren Versuch macht. L. agirt nur im Auftrage des Le. und S., er will als Zeuge auftreten für Aeusserungen, die Du dann gethan haben sollst.»

Zur Vervollständigung des bisher gewonnenen Bildes von der Persönlichkeit des zu Begutachtenden seien auch hier schon seine früheren Conflicte mit Behörden erwähnt, soweit sie sich aus dem mir s. Zeit vorgelegten Actenmaterial feststellen liessen. H. wurde bestraft:

Den 23. I. 1875 in Colberg wegen Duell mit 3 Monaten Festung,

den 30. I. 1875 ebenda wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt und Körperverletzung mit 3 Wochen Gefängniss,

den 30. II. 1875 vom Kreisgericht W. wegen Beleidigung mit 20 M. Geldstrafe resp. 3 Tagen Haft,

den 8. III. 1877 in Cöslin wegen Beleidigung mit 3 Wochen Gefängniss.

Ferner in Stolp: 1. den 4. I. 1878 wegen Beleidigung mit 3 Wochen Haft,

2. den 2. I. 1878 wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt mit 4 Monaten Gefängniss,

3. den 28. III. 1878 wegen Beleidigung mit 4 Wochen Gefängniss, zusätzlich zu 2.,

4. den 17. V. 1878 wegen wiederholter Beleidigung mit 14 Tagen Gefängniss, zusätzlich zu 2.

1879 in Berlin wegen Beleidigung zu 6 Wochen Gefängniss.

Ferner ist festgestellt, dass H. nach Auskunft der Ortsbehörde in O. vom 30. Juli 1895 nach Verbüssung einer ihm von Karansebeser Gerichtshofe auferlegten 2jährigen Freiheitsstrafe und nachdem er das seiner Ehefrau gehörige Vermögen «verschwendet» hatte, am 14. October als «vermögens- und beschäftigungslos» aus Oesterreich-Ungarn ausgewiesen und von Orsova nach Ha. mittels Schub transportirt worden ist.»

III.

Ich komme nun dazu, das oben gewonnene Material zur Stütze für meine Diagnose zu verwenden und, wie schon früher angedeutet, zugleich die Anführung derjenigen Stellen aus den Processacten nachzuholen, welche mir als Beweis für die Richtigkeit meiner Behauptung dienen sollen.

Der hervorstechendste Zug in dem Bilde, das die Geschichte H.'s vor unseren Augen entrollt, ist der Beeinträchtigungswahn, unter dem der Kranke leidet. Er hat den Glauben, dass er in seinem Rechte beeinträchtigt werde, dass man ihm sein Recht vorenthalte, dass man das Recht beuge.

Die Verurtheilungen, die Bestätigung der Urtheile, die Zurückweisung seiner Beschwerden, alle Belehrungen, die ihm zu Theil werden, können seinen Glauben nicht erschüttern. Unbeachtet bleiben alle Einwände, auf's Neue wird die erledigte Sache wieder aufgenommen und blind geht er nur auf das eine Ziel los, dass er Recht behalten müsse; für ihn gibt es nur ein Recht und das ist sein Recht, von dieser Vorstellung wird H. ganz erfüllt. Schon die Hartnäckigkeit, die sich durch nichts beeinflussen und corrigiren lässt, die Rücksichtslosigkeit, mit der sie andere Vorstellungen aus dem Denkinhalt herausdrängt, charakterisirt diese Vorstellung der rechtlichen Beeinträchtigung als Wahnvorstellung. Es würde Bogen füllen, wollte man die Stellen alle anführen, an denen H. davon spricht, dass er «rechtswidrig» verklagt sei, dass die Strafsache gegen ihn «construirt» ist, dass seine Richter in «seiner Sache nicht sehen können» oder «nicht sehen wollen», dass diese sich einen «Missbrauch der Amtsgewalt», eine «Vergewaltigung» haben zu Schulden kommen lassen, dass sie «ungesetzliche Haftbefehle erlassen», das «Recht gebeugt» haben etc., ich sehe daher hier davon ab, besonders da derartige Anschauungen in jeder Eingabe H.'s vorkommen und ferner die ganze von H. im Verlauf der Processe geübte Praxis, wie sie oben geschildert wurde, dies erweist.

Die Idee der rechtlichen Beeinträchtigung steht bei H. fest, er ist durchaus davon überzeugt. Jetzt drängt sich ihm die Frage auf nach dem warum? Bei diesem Suchen nach dem zureichenden Grunde fängt das kranke Gehirn an zu combiniren, Beziehungen herzustellen, Verknüpfungen, Complotte in den harmlosesten Dingen zu finden. Wie sich dieser Beziehungswahn bereits zu einem förmlichen System in dem Vorstellungsleben des H. ausgebildet hat, habe ich schon oben unter II. gezeigt. Die Symptome dieser krankhaften Combinationssucht finden sich an zahlreichen anderen Stellen, z. B. Bl. 126: «ich habe seit meiner ersten Beleidigungsanklage vor 21 Jahren so merkwürdige Gerichtsentscheidungen und solch überaus gewaltsames Vorgehen der Richter in Deutschland, Oesterreich und Ungarn erlebt, auch immer das Bestreben bemerkt, mich ehrlos und vermögenslos zu machen, dass ich mir gestatten kann, solchen Richtern gegenüber .... einen Sonnenstandpunkt einzunehmen? (Zugleich charakteristisch für den Grössenwahn des H., von dem später die Rede sein soll.) Ferner an derselben Stelle: «so ist in Verbindung mit den Thatsachen, dass die Ortsvorstehung in Bo. schon im Juli 1895 Bericht über meine Person dem Landgerichte J. erstattet hat, also zu einer Zeit, in welcher für ein strafrechtliches Vorgehen gegen meine Person absolut kein Material vorlag .... nur der Schluss zulässig, dass die genannten Richter, welche mit meiner Inhafthaltung offenbar den § 11 der St.-P.-O. verletzten, durch das Personal der Landescentralbehörde gedeckt zu sein glauben; oder dass sie immer noch auf das Eintreffen von Strafmaterial hoffen in der Meinung, es könnte mich die ungesetzliche Freiheitsberaubung, der ich unterliege, zu Zornesausbrüchen veranlassen.» Diesem selben Verdacht hat er mir gegenüber schon einmal mündlich Ausdruck gegeben, wie unter II erwähnt wurde. In dem oben citirten Actenstücke hält er auch «eine unparteiische Prüfung dieser Beschwerde seitens der Richter des Oberlandesgerichts D. für ausgeschlossen.» Es sei hier nochmals auf die Stellen unter II hingewiesen, an denen H. den Argwohn ausspricht, dass die Richter sich gegenseitig in einer privaten Correspondenz durch Winke verständigten und dass in Folge ihrer verwandtschaftlichen Beziehungen Einer den Anderen nicht im Stiche lässt, sondern wenn Einer einen Fehler mit der Verurtheilung gemacht hat, der Andere natürlich dessen Urtheil bestätigen wird. Dasselbe spricht er verschiedentlich aus, so z. B. Bl. 86: «Dieser Beschluss . . ., mit welchem in einer eigenartigen, in mir Wehmuth erzeugenden Interpretation des § 81 St.-P.-O. der Versuch gemacht wird, mich im Irrenhause verschwinden zu lassen, damit die Amtsgenossen der H.'schen Richter, deren Bestrafung ich .... beantragt habe, gerettet werden.» Bl. 91: «. . . dessen

Richter .... sich durch mein Verschwinden im Irrenhause aus fataler Situation befreien wollten.»

Mehrfach spricht er den Verdacht aus, dass die Richter nicht unbefangen urtheilen könnten, weil sie Beziehungen zu einander unterhielten und sich wegen des unter ihnen herrschenden «Corpsgeistes» nicht gegenseitig desavouiren würden, z. B. Bl. 59: «... bei dem unterm Stande der diplomirten Justizbeamten herrschenden Corpsgeiste halte ich es für undenkbar, dass die Collegen der Herren C. und B. unbefangen das Richteramt ausüben werden.» Ferner lehnt er Bl. 66 sämmtliche Richter des Landgerichts H. und Oberlandesgerichts N. ab, da er «einsieht, dass der von mir als vorhanden angenommene Corpsgeist den ganzen Oberlandesgerichtssprengel umfasst» u. s. w.

Aber nicht nur Richter und Staatsanwälte werden von ihm beargwöhnt und in das von ihm vermuthete Complott hineingezogen, sondern seine wahnhafte Beziehungssucht wird auch auf andere Personen, die mit ihm in Berührung kommen, ausgedehnt. Personen, die ihm sonst ganz gleichgiltig waren, die er vielleicht sogar schätzte, denen er jedenfalls freundlich gegenüberstand, sind sofort seine Gegner, werden des Einverständnisses mit seinen Widersachern geziehen, sobald ihr Urtheil und Handeln nicht so ausfällt, wie er es von ihnen erwartet hatte, z. B. Bl. 35: weil seine Verlobung von dem Vormunde der Braut nicht gebilligt wurde, werden gegen ihn «verschiedene Anschläge gemacht, durch welche er in eine Untersuchung verwickelt werden sollte», «Prügeleien gegen ihn angezettelt» und schliesslich wird es seinen «Widersachern möglich, ihn in eine Untersuchung zu kriegen». «Das Fräulein wird dadurch kopfscheu gemacht» und die Verlobung geht zurück. Derselbe Verdacht ist ausgedrückt in dem unter II angeführten, von ihm selbst verfassten Lebenslauf.

Sein Urtheil über meine Person machte er ganz von meiner Stellungnahme zu seiner Sache abhängig. Ehe er wusste, dass ich ihn für geisteskrank erklären musste, war er zu mir liebenswürdig und zuvorkommend, unterhielt sich gern mit mir über seine Arbeiten u. A., nachher ist ihm kein Schimpfwort krass genug, um mich damit zu belegen, ich bin ebenso ein Schurke wie seine Richter. Ebenso beargwöhnt er den als Sachverständigen über ihn gefragten Dr. K. Bl. 91: «die Berufung des Dr. K. als Sachverständigen ist mindestens auffällig», und Bl. 109: «Dr. K. hat den ihm in den Mund gelegten Antrag gestellt», nämlich auf seine Unterbringung in eine Irrenanstalt, und weiter Bl. 110: «ein Antrag des Sachverständigen muss dem Gericht ohne Zuthun gemacht sein, darf aber nicht vom Gericht bestellt werden».

Dazu vergl. auch den unter II erwähnten Brief an Frau E., in dem er von seinem Verdacht wegen Spionage spricht und ebenda den Brief an H. In der Untersuchungshaft in J. glaubte er, dass die Absendung seiner Briefe «absichtlich verzögert wird». Auf keinen Fall ist seiner Meinung nach irgend eine Maassnahme seiner vermeintlichen Gegner aufrichtig gemeint, es entspricht daher ganz seiner argwöhnischen Anschauungsweise, wenn er Bl. 77 schreibt: «... in der Erwartung, dass ich 3000 M. als Caution nicht beschaffen kann, ist diese Summe scheinbar für meine Freilassung von mir gefordert». (Schluss folgt.)

Der Kampf um die Zahl in der medicinischen Wissenschaft.

Von *O. Rosenbach* in Berlin.

Ich muss auf die Erwiderung von Herrn Körte in No. 2 noch mit einigen Worten eingehen, weil er die principiellen Bedenken, die mich zu meiner Kritik bewogen haben, völlig verkennt. Ich verstehe nicht, wie man bestreiten kann, dass in dem von mir kritisirten Berichte ein Schluss auf die Wirksamkeit der Serumtherapie durch Gegenüberstellung zweier verschiedener Behandlungsreihen gezogen sei; denn die nebeneinander gestellten Zahlen werden doch zu einem Vergleiche benützt, ob dieser nun von dem Autor beabsichtigt ist oder nicht. Da zudem noch in dem Berichte ausdrücklich ausgesprochen wird, dass das «Heilserum Resultate geliefert hat, die die Ergebnisse der früheren Zeit vor der Einführung dieses Mittels um ein Beträchtliches übertreffen», so habe ich meines Erachtens mit vollem Recht gesagt, dass Schatten und Licht ungleich vertheilt sei; denn das neue Verfahren erstrahlt doch nur so hell auf dem düsteren Hintergrunde früherer schlechter Resultate. Auch der Vergleich mit vergangener Zeit ist meiner Ansicht nach so lange nicht erlaubt, wie die Möglichkeit besteht, dass die Epidemie überhaupt milder geworden ist. Dies ist der Punkt, an dem meine Kritik ansetzt. Und dass nicht bloss die Möglichkeit, sondern die Gewissheit vorliegt, dass es so ist, beweist neben anderen Ausführungen meiner Kritik die in der Statistik enthaltene Thatsache, dass auch die unbehandelten Fälle ein ähnlich günstiges Resultat gegeben haben, ein Resultat, das eben auch das der früheren Jahre wesentlich übertrifft. Wenn keine Behandlung jetzt dieselben günstigen Resultate hat wie eine Behandlung, so ist eben die Epidemie milder und der vorgeführte Beweis für die Bedeutung der Behandlungsmethode illusorisch geworden.

Ob es sich hier um kleine oder grosse Zahlen handelt, ist gleich; denn es gibt ja meines Erachtens heutzutage bei der ausschliesslichen Behandlung mit Serum eben keine Möglichkeit mehr, den günstigeren Charakter der Epidemie für andere Verfahren oder für die Naturheilung zu verwerthen. Die Chancen kommen nur der Serumbehandlung zu Gute, und man kann den wahren Charakter der Epidemie nur studiren, wenn durch einen günstigen Zufall einmal eine Reihe von Patienten nicht behandelt worden ist. In dieser Beziehung aber ist die Zahl von 33 Patienten durchaus nicht klein.

Das, was ich verlange, ist ja gerade, dass man auch einmal wieder versuche, grosse Beobachtungsreihen ohne Heilserum zu erhalten; aber man muss sich damit beeilen, da auch wieder ein Umschlag in dem Charakter der Krankheit eintreten kann. Schon jetzt gibt es, wenn man den Zeitungsberichten trauen kann, kleine locale Epidemieen, die einen ungünstigen Charakter zeigen, indem sich trotz der Behandlung mit Heilserum die Todesfälle häufen. Die Exacerbationen der Mortalität in den Perioden des Jahres 1894, wo das Material an Serum fehlte, gegenüber den Perioden der Behandlung mit Serum, beweisen gar nichts, da damals unter den Kranken eine gewisse Auswahl für die Injection getroffen und die schwer Erkrankten und Moribunden den Unbehandelten zugerechnet wurden, während Scharlachdiphtherie abgerechnet wurde u. s. w. Man kann nach früheren Erfahrungen — und es deuten schon jetzt Anzeichen darauf hin — vorhersagen, dass, wenn die Schwere der Diphtherieerkrankungen wieder zunehmen sollte, wir es erleben werden, dass in den Statistiken die ungünstig verlaufenden Fälle als Mischinfectionen für die Frage vom Werthe des Heilserums überhaupt nicht mehr in Betracht kommen werden, während die gut verlaufenden, auch wenn sie Mischinfectionen sind, jetzt doch als Beweis für die Wirkung des Serums verwendet werden. Und so wird es, da ein specifischer Bacillus, wie ich schon früher hervorgehoben habe, nicht existirt oder eine Proteusnatur besitzt, dahin kommen, dass schliesslich überhaupt nur die Fälle als Diphtherie betrachtet werden, die durch Serum geheilt werden; denn in den Augen der Dogmatiker muss diese Heilung eben der beste und einzige Beweis dafür sein, dass der specifische Bacillus wirklich vorhanden war. Da sonst die ganze Lehre hinfällig wäre, so versucht man schon jetzt zu zeigen, dass das Serum hauptsächlich als Reiz wirkt, der die Lebensgeister oder Gewebe im Kampfe gegen die Krankheit unterstützt, und verwendet es auch in Fällen, die mit Diphtherie nichts mehr zu thun haben.

Wie nun die Verhältnisse jetzt liegen, wird Alles, was zu Gunsten des Heilserums spricht, immer wieder hervorgehoben, während das, was zu Gunsten der anderen Verfahren spricht, verschwiegen oder nicht berücksichtigt wird. Wenn heute irgend ein Curpfuscher behaupten würde, dass seine Methode wesentlich bessere Resultate bei der Behandlung des Typhus ergebe, als die der früheren Jahre, so würde man mit Entrüstung darauf hinweisen, dass auch alle anderen oder sagen wir wenigstens die wissenschaftlich approbirten Methoden in den letzten Jahren, wo der Verlauf des Typhus um so viel günstiger geworden ist, wesentlich bessere Ergebnisse geliefert haben. Jedenfalls wird man nicht verfehlen, einem Nichtarzte gegenüber einen solchen Schluss, bei dem Licht und Schatten nicht gleich vertheilt werden, als sophistisch oder nicht objectiv zu bezeichnen.

Ob eine Statistik zu wissenschaftlichen Zwecken oder gewissermaassen bloss als Rechenschaftsbericht veröffentlicht wird, ist unter den heutigen Verhältnissen vollkommen gleichgiltig; denn die Zahlen werden stets, je nach ihren, auf den ersten Blick in's Auge springenden Ergebnissen, von der einen oder anderen Partei verwerthet, wie die Thatsachen beweisen. In der vorliegenden Statistik, d. h. in dem nicht direct wissenschaftlichen Zwecken dienenden Rechenschaftsberichte, hat man ja sogar an sie ein günstiges Urtheil geknüpft; es sind also wissenschaftliche und praktische Consequenzen gezogen, die gerade wegen der Stelle, von der sie ausgehen, eine besondere Bedeutung beanspruchen dürfen. Nackte Statistiken und die angeblich nach wissenschaftlichen Principien gestalteten haben ihre Vortheile und Nachtheile; ich ziehe aber die nackten Statistiken immer noch denen vor, die in majorem gloriam einer bestimmten Methode dadurch zugestutzt resp. drapirt werden, dass man z. B. die ungünstigen Fälle durch einen Kunstgriff ausschaltet u. s. w. Ich erinnere nur (weitere Beispiele brauchen wohl nicht angeführt zu werden) an die Statistiken über den Tod nach Operationen resp. in der Chloroformnarkose, der unserer Ansicht nach auffallend häufig unberechtigter Weise auf Herzschwäche und Lungenentzündung zurückgeführt wird, ferner an die ersten Statistiken über die Wirkung des Heilserums, wo durch Ausschluss ungünstiger Fälle oder Wahl kurzer Perioden die Mortalität unter 5 Proc. gesunken war, endlich an die Statistik über die Resultate der Kaltwasser- und Salicylbehandlung des Typhus.

Gerade also, weil jede Statistik mit ihren nackten Zahlen eine gewisse Basis für Schlussfolgerungen gewähren soll — ich wüsste nicht, wesshalb sie sonst veröffentlicht wird — muss eine solche Veröffentlichung sorgfältig gemacht werden. Wenn ich mit meinen Kritiken nichts Anderes bewirken würde, als dass nun auch in blossen Rechenschaftsberichten die Zahlen allein, ohne Commentar, geliefert, dass aber in jeder Krankheitsrubrik die Moribunden gesondert und als unbehandelt aufgeführt werden, und dass dort, wo es darauf ankommt, die Gestorbenen und Genesenen nach den einzelnen Tagen der Einlieferung rubricirt werden, so wäre viel erreicht. Jedenfalls wäre dann eine Fassung,

wie die im Bericht enthaltene, durchaus missverständliche, unmöglich; denn wenn es heisst: «Ohne Serum behandelt wurden 33, davon waren 4 moribund; von den ohne Serum Behandelten starben 6», so muss Jeder glauben, dass die Moribunden hier mit eingerechnet wurden, und dass nach Abzug derselben die Mortalität 2 betrug.

Meinen kritischen Bemerkungen liegt jede Animosität fern; aber ich habe einen zu grossen Respect vor der Zahl, als dass ich irgend eine Statistik als Quantité négligeable betrachten könnte. Ferner habe ich oft genug darauf hingewiesen, dass ich mich als Arzt und Mensch über die Auffindung eines wirksamen Mittels freue, dass ich aber als wissenschaftlicher Arzt und Forscher jede Statistik bekämpfen muss, die etwas beweisen will, was gegen biologische Fundamentalsätze verstösst. Hierher gehören aber therapeutische Theorieen, die, auf ungenügender Beurtheilung der reactiven Verhältnisse aufgebaut sind und ein Allheilmittel und Wundermittel versprechen. Gerade als ob der complicirte Krankheitsprocess in seinen verschiedenen Stadien und selbst im Anfangsstadium nicht Anderes sei als ein Zustand erhöhter saurer oder alkalischer Reaction oder als ein Zustand besonders scharfer Ausprägung irgend einer chemischen Affinität, gleichsam ein chemischer Hunger, der mit einem zureichenden Complex entgegengesetzter Affinitäten so gestillt werden könnte, dass der neutralisirte (gesättigte) Organismus — um diesen kurzen Ausdruck zu brauchen — auch sofort identisch werde mit einem Reconvalescenten. Ich betrachte die ärztliche Thätigkeit als eine schwere Kunst und halte darum Jeden, der uns ein specifisches Mittel für eine Krankheit oder ein pathognomonisches Symptom verspricht, für ebenso utopistisch, wie den, der den Stein der Weisen gegen alle Krankheiten sucht oder die Diagnose und Prognose auf die mikroskopische Untersuchung der Excrete gründet, wie dies der moderne Bacteriologe thut. (Diagnose in absentia.)

Ich sehe in dem Glauben an solche Symptome und an specifische Zeichen und Allheilmittel[1]) weiterhin auch einen der wichtigsten Gründe für den socialen Niedergang des ärztlichen Standes, wie ich mehrfach ausgeführt habe; denn wenn die Krankheit aus einem Excretpartikel gleichsam in absentia diagnosticirt werden kann, und wenn es Specifica für jedes Mikrobium gibt, so brauchen wir nicht mehr Aerzte, sondern nur Techniker und Handwerker, die das ausführen, was jeder Laie zu erkennen und vom Arzt zu verlangen das Recht zu haben glaubt. Liegt doch wohl eine der wesentlichsten Verlockungen zur homoeopathischen Behandlung in der Möglichkeit, für jedes Symptom durch Nachschlagen in einem Buche auch das Mittel zu finden.

Es ist ja nun theoretisch nicht unmöglich, für manche Fälle ein Mittel oder ein Serum zu finden, das auf kurze Zeit — wobei man andere Gefahren in den Kauf nimmt — vor einer Erkrankung schützt[2]); es ist aber mit unserer — doch immerhin schon achtbaren — Kenntniss der Vorgänge im menschlichen Körper die Möglichkeit absolut unvereinbar, dass ein Mittel gefunden werde, das jeden Erkrankten, auch wenn er noch so frühzeitig in Behandlung kommt, heilt. Das, was wir die ersten Krankheitssymptome nennen, die ja erst nach einem längeren, ganz verschiedenartigen und verschiedenwerthigen, Latenzstadium auftreten, ist eben schon eine in den einzelnen Fällen differente Reactionsform, zu deren Beseitigung ein Mittel gewöhnlich unzulänglich ist, da es ja nur eine mögliche Form der Reaction voraussetzt, ganz abgesehen davon, dass Reiz und sichtbare Reaction, Krankheitserreger (Reiz) und Symptom, oft nicht mehr in abschätzbarem Verhältnisse stehen. Ein solches Mittel muss sogar schädlich wirken, wenn es dort angewendet wird, wo bereits eine andere Form der Reaction als die vorausgesetzte, z. B. eine secundäre oder indirecte Reaction, vorhanden ist. Doch wir können diese wichtigen Erörterungen hier nicht weiter führen, da wir sie an anderem Orte[3]) ausführlich genug gegeben haben.

Nun ist die schärfste Waffe der Tachytherapeuten, d. h. der modernen medicinischen Mechaniker oder Chemiater, deren therapeutische Theorieen aus der Verkennung der wissenschaftlichen Grundlagen der Krankheit resultiren, die acute Statistik; denn sie müssen durch frappante Resultate imponiren und die öffentliche Meinung suggeriren, anstatt zu überzeugen. Desshalb ist man heute — wo die Aerzte kritischen Erwägungen, die ja utopistische Hoffnungen von vorneherein kühl abschneiden können, durchaus abhold sind — gezwungen, alle Kraft darauf zu verwenden, zu zeigen, wie bedeutungslos die sonst so scharfe Waffe der Statistik unter den Händen optimistischer oder, was ebenso schlimm ist, indolenter Statistiker werden muss. Der Kampf um das wahre statistische Ergebniss ist der Kampf um die Erkenntniss, um die Wahrheit selbst, und nur der kann einen solchen Kampf kleinlich oder unnütz nennen, der die Beziehungen zwischen den Geschehnissen und der Zahl, die das Maass aller Dinge, die Grundlage aller Naturgesetze ist, nicht zu würdigen versteht.

[1]) O. Rosenbach: Aufgaben, Grundlagen und Grenzen der Therapie, Wien 1891. — Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen, Wien 1896 (vergl. das Schlusscapitel über die Bedeutung der Seekrankheit für die wichtigsten Probleme der Biodynamik).

[2]) l. c. S. 51 ff. und: Heilung und Heilserum. 1894.

[3]) Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien 1897. S. 880 u. a. a. O.

Zu § 147 Ziffer 3 der Gewerbeordnung.

Von Dr. *Biberfeld* in Berlin.

Nach § 147 Ziffer 3 der Gewerbeordnung wird bekanntlich Derjenige mit Strafe bedroht, der sich, ohne eine im Inlande approbirte Medicinalperson zu sein, also unbefugter Weise, den Titel Arzt oder eine arztähnliche Bezeichnung beilegt. Die Versuche auf Seiten der Nichtärzte, welche sich gewerbemässig der Ausübung der Heilkunde widmen, das Publicum über den ihnen anhaftenden Mangel genügender wissenschaftlicher Vorbildung und staatlicher Anerkennung hinwegzutäuschen durch die Wahl von entsprechenden Bezeichnungen und Redewendungen lässt die Judicatur über unsere Gesetzesstelle kaum zur Ruhe kommen und die Strafsenate nicht nur des Reichsgerichts, sondern auch sämmtlicher deutscher Oberlandesgerichte sind fast unausgesetzt damit beschäftigt, die zahlreichen, ihnen vorliegenden Fälle auf ihre Vereinbarkeit bezw. Unvereinbarkeit mit unserer Gesetzesvorschrift zu prüfen. So liegt denn auch jetzt wieder eine ganze Reihe solcher Entscheidungen vor, aus denen die lehrreicheren hier in Kürze mitgetheilt und gewürdigt werden sollen:

Das Kammergericht zu Berlin geht in einem Erkenntnisse vom 12. Mai v. J. davon aus, dass in den minder gebildeten Kreisen des Publicums die Ausdrücke «Doctor» und «Arzt» als gleichbedeutend behandelt werden, man sieht dort einen «Doctor», der sich mit der Behandlung von Kranken befasst, ohne Weiteres als Arzt an, wie man umgekehrt jeden Arzt ebenso schlechthin «Doctor» nennt. Hält man hieran fest, so gelangt man dazu, jede Abkürzung irgend eines Wortes, die als die Abbreviatur von «Doctor» angesehen werden kann, unter den gegebenen Voraussetzungen als einen arztähnlichen Titel zu erachten. Aus diesem Grunde ist zutreffend gegen einen Angeklagten die Verurtheilung ausgesprochen worden, weil er auf seinem Schilde, in Zeitungsankündigungen und auf den von ihm verbreiteten Empfehlungskarten seinem Namen die Buchstaben «Dtr.» vorgesetzt hatte. Mit seinem Einwande, es sei dies die Abkürzung des Wortes «Dentister», dessen er sich zur Bezeichnung seiner Berufsthätigkeit zu bedienen befugt sei, wurde der Angeklagte nicht gehört, weil das Wort Dentister und seine Abbreviatur dem deutschen Publicum im Allgemeinen zu wenig geläufig sei, und weil insbesondere die unteren Stände von Jemandem, der seinem Namen ein «Dtr.» vorsetzt, annehmen, er sei ein Doctor, also nach der bei ihnen herrschenden Auffassung ein approbirter Arzt. Denselben Eindruck hervorzurufen geeignet ist auch die in einem anderen Falle, den ebenfalls das Kammergericht zu entscheiden hatte, gewählte Bezeichnung «Dir.», welche der Angeklagte in lateinischen Buchstaben seinem Namen vorgesetzt hatte. Der Angeklagte hatte zu seiner Vertheidigung angeführt, er habe damit auf seine Stellung als Director des von ihm geleiteten Sanatoriums hinweisen wollen, allein dieser Einwand konnte nicht als durchgreifend erachtet werden. Dem stand entgegen zunächst die bereits erwähnte Thatsache, dass diese Benennung in lateinischen Buchstaben reproducirt war, sodann der weitere Umstand, dass sie, hätte sie den von dem Angeklagten behaupteten Sinn haben sollen, nicht vor seinem Namen hätte stehen müssen, sondern im Zusammenhang mit der von ihm geleiteten Anstalt. Es hätte dann nicht heissen müssen: «Dir. N. N., Sanatorium Goldenes Lamm», sondern «N. N., Director des Sanatorium Goldenes Lamm». Nun ist zuzugeben, dass ein sachkundiger Leser die Bezeichnung «Dir.» nicht als Abkürzung von «Doctor» ansehen wird, der § 147 Ziffer 3 der Gewerbeordnung will ja aber gerade den weniger sachkundigen Theil des Publicums gegen die ihn besonders bedrohende Täuschungsgefahr schützen, wenn er sachverständige ärztliche Hilfe sucht. In diesen Kreisen aber wird man sehr leicht auch die Buchstaben «Dir.» als «Doctor» auffassen, umsomehr als unmittelbar nach dem Namen der so bezeichneten Person der einer Heilanstalt folgt.

Die Bezeichnung «Specialist für Zahnleidende» ist nach der Auffassung des Oberlandesgerichts zu Hamm als ein dem Zahnarzte ähnlicher Titel anzusehen, denn wer sich so bezeichnet, will damit zu erkennen geben, dass er auf dem Gebiete der Zahnheilkunde wie ein Specialist zu wirken geeignet ist. Die Vorinstanz hatte bereits festgestellt (und hierüber steht aus strafprocessualen Gründen eine Nachprüfung dem Revisionsgerichte nicht zu), dass die in Rede stehende Bezeichnung wohl dazu angethan ist, im Publicum die Vorstellung hervorzurufen, dass man es mit einem approbirten Zahnarzte zu thun habe. Auch hier waren somit beide zum Thatbestande unserer Gesetzesvorschrift gehörigen Momente — Täuschungsmöglichkeit und die Aehnlichkeit mit einem ärztlichen Titel — vorhanden, wesshalb das auf Strafe lautende Urtheil der vorigen Instanzen bestätigt wurde. Ganz auf demselben Standpunkte steht das Oberlandesgericht zu München, welches in stets festgehaltener Praxis die Titel «Specialist für künstliche Zähne und schmerzlose Zahnoperationen», ebenso «Specialist für künstlichen Zahnersatz», desgleichen «Specialist für

Zahnlose und Zahnleidende und für schmerzlose Operationen» und endlich «Specialist für alle Zahnoperationen und für künstliche Zähne» als Bezeichnungen erachtet, die dem Titel Zahnarzt ähnlich sind und auf das Vorhandensein der Approbation als Zahnarzt auf Seiten ihres Trägers schliessen lassen. Dagegen ist, wie das Preussische Oberverwaltungsgericht schon früher ausgeführt hat, die vielfach beliebte Bezeichnung als «in Amerika approbirter Zahnarzt» nicht zu beanstanden, es sei denn (wie dies in einem Falle geschehen), dass die Worte «in Amerika» in verhältnissmässig viel kleinerer Schrift angebracht werden, so dass sie dem Auge der meisten Beschauer entgehen, denen nur die gross und fett gedruckten Worte «approbirter Zahnarzt» entgegen treten.

Beachtenswerth endlich sind 2 Entscheidungen, die der Strafsenat beim Oberlandesgericht zu Dresden gefällt hat, in dessen Gebiet bekanntlich die sog. Naturheilkunde besonders wuchert. Seiner Prüfung unterlagen die beiden Bezeichnungen: «Akademisch gebildeter Praktiker» und «Praktikant der Homoeopathie und Naturheilmethode» In beiden hat das Gericht ärztliche Titel erblicken zu sollen geglaubt und von beiden auch angenommen, dass sie denjenigen Irrthum, dem das Gesetz vorbeugen will, bei dem unerfahrenen Gros des Publikums zu erzeugen geeignet sind.

Referate und Bücheranzeigen.

Prof. **Karl Maydl: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen (Hernien).** Verlag von J. Safář, Wien 1898. Preis 12.50 M.

Der durch zahlreiche Arbeiten bekannte Verfasser ist der Vorstand der böhmischen chirurgischen Klinik in Prag. Er hat es sich zur Lebensaufgabe gesetzt, seinen Studirenden ein Lehrbuch der speciellen Chirurgie neu zu bearbeiten und gibt als erste Abtheilung dieses Lehrbuchs die Lehre von den Unterleibsbrüchen in dem vorliegenden stattlichen Bande. Derselbe enthält auf 518 Seiten eine genauere Beschreibung des Stoffes. Das Verständniss ist durch 124 Abbildungen anatomischen und klinischen Charakters erleichtert. Die Abfassung des Werkes ist in deutscher Sprache. Der Veröffentlichung liegt das Material der böhmischen chirurgischen Klinik zu Grunde, welches nach den im Vorwort gemachten Angaben (1800 stationäre Kranke, 1200 grössere Operationen, 9000 poliklinische Patienten mit 2000 kleineren Operationen per Jahr) ein reichliches genannt werden kann. Der Verfasser, ein Schüler des berühmten Wiener Chirurgen Albert, hat die Arbeit in sachgemässer Weise durchgeführt.

Es sind sowohl die häufigeren, wie die selten vorkommenden Brucharten anatomisch und klinisch bearbeitet, durch charakteristische Abbildungen verständlicher gemacht, und überall ist das Streben, eigene Erfahrung zu verwerthen, zum Ausdruck gebracht. Die selteneren Bruchformen sind mit einer ganz besonderen Vorliebe besprochen. Einen räumlich sehr grossen Theil (S. 272 bis 514) nimmt die Beschreibung der pathologischen Vorgänge an den Hernien ein. Hier ist die Bruchsackentzündung, die Einklemmung und die zugehörige Therapie beschrieben, hier ist ferner über die Behandlung der Darmfistel und des widernatürlichen Afters, über Bruchsacktuberculose, Ileus, Fremdkörper, Volvulus, innere Einklemmung, Peritonitis etc. berichtet.

Auch der deutsche Arzt wird durch das Studium des Buches, dessen Benützung durch die Zufügung eines Registers noch erleichtert wäre, Gewinn haben und dasselbe bei einschlägigen Studien zweckmässig zu Rathe ziehen. Helferich.

A. Landerer: Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie. 2. Auflage. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig, 1898.

Die zweite Auflage des vortrefflichen und längst in weiten Kreisen unserer deutschen Aerzte eingeführten Lehrbuches ist neu bearbeitet und hat dabei ein neues Aussehen gewonnen. Der Verfasser hat die Vorlesungsform aufgegeben und den dadurch gewonnenen Raum zur Behandlung der allgemeinen Operations- und Verbandlehre benützt. Die Abbildungen sind fast auf die doppelte Zahl vermehrt. Das Buch ist inhaltlich wesentlich reicher geworden, entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft bis auf die neueste Zeit ergänzt und fortgeführt, und so wird es zweifellos von Neuem eine reiche Verbreitung finden in den Händen aller derjenigen Aerzte und Studirenden, welche den Auseinandersetzungen des auf der Höhe seines Faches stehenden Autors folgen und sich unter seiner Leitung die Erklärung der vielfachen Erscheinungen auf dem Gebiete der normalen wie pathologischen Anatomie und Physiologie suchen. Helferich.

Cesare Lombroso: Die Lehre von der Pellagra. Aetiologische, klinische und prophylactische Untersuchungen. Unter Mitwirkung des Verf. deutsch herausgegeben von Dr. H. Kurella. Mit 5 lithographischen Tafeln. 230 Seiten. Berlin, C. Coblentz, 1898. Preis 7 M.

Wieder ein echt Lombroso'sches Buch: eine grosse Menge ganz ungleichwerthigen Materials, worunter z. B. 30 Jahre alte Sectionsprotokolle; viele recht gewagte oder unbewiesene Behauptungen in den Details; nirgends eine schöne, abgeschlossene Darstellung weder eines Krankheitsbildes, noch der pathologischen Anatomie, noch irgend eines anderen Abschnittes; dagegen eine Fülle von Beobachtung, von Forschung, von Wissen, von selbstständigen Ideen; und wer im Stande ist, vor den Bäumen und vor dem Unkraut den Wald zu sehen, wird, wenn er das Buch gelesen hat, nicht nur einen guten Begriff von der Pellagra und ihrer Aetiologie haben, sondern auch der Auffassung Lombroso's beistimmen, dass die Pellagra nichts ist, als eine Intoxication mit den Producten, welche gewisse Pilze auf verderbendem Mais bilden.

Das Genie Lombroso's zeigt sich nicht nur darin, dass er die Ursache der schlimmsten Volkskrankheit Oberitaliens mit sicherem Blick erfasst hat, sondern auch in einer Anzahl Details, die Beachtung verdienen. So hat Lombroso schon vor vielen Jahren, als sonst noch kein Mensch das Vorkommen und die Bedeutung der Bacteriengifte nur ahnte, den Nachweis geleistet, dass der Pellagra trotz ihres mycotischen Ursprunges nicht eine Infection, sondern eine Vergiftung zu Grunde liege. Und beachtet man ein wenig, was für Einwände der Forscher zu widerlegen hat, was für Schweiss es kostete, seine Ideen nicht nur wissenschaftlich zu beweisen, sondern ihnen, nachdem sie bewiesen waren, zum Durchbruch zu verhelfen, so kann man auch dem Charakter des Mannes seine Bewunderung nicht versagen, des Mannes, der 30 Jahre lang so zu sagen allein den Kampf aufnahm gegen wissenschaftliche Vorurtheile und gemeinste Geldinteressen, um die Aermsten seines Volkes von ihrer schlimmsten Geissel zu befreien. Viel Muth und Aufopferungsfähigkeit gehörte dazu, denn wo Sophistik nicht ausreichte, scheuten seine Gegner vor Lüge und Verleumdung nicht zurück. Und auch jetzt noch, nachdem endlich seine Theorie zur Geltung gekommen ist, ist man weit entfernt, in der einzig wirksamen, von Lombroso vorgeschlagenen Weise gegen das Uebel anzugehen. Italien ist allerdings nicht gerade das Land der socialen Fortschritte, wer aber ein bischen um sich sieht, wird auch bei uns die eine oder andere bittere Analogie finden.

Das Buch ist interessant nicht nur für den Sociologen und den Hygieniker, sondern für jeden Arzt und namentlich auch für den Psychiater, weil es die einzige «functionelle» Psychose beschreibt, deren Ursache bekannt ist. Sehr auffallend und gewiss nicht ohne Bedeutung ist die Menge der katatonischen Symptome bei der Pellagra, worauf der Uebersetzer aufmerksam macht. Für Dermatologen mag auch erwähnt werden, dass Lombroso die Maisgifte in 45 Fällen von Psoriasis, Ekzem und anderen Hautkrankheiten therapeutisch versuchte und zwar nicht ohne Glück — so weit man nach der ersten Publication des Entdeckers eines Heilmittels urtheilen darf. Bleuler-Burghölzli.

Dr. **S. Ch. Gräupner**, Arzt in Bad Nauheim: **Die Störungen des Kreislaufs und ihre Behandlung mit Bädern und Gymnastik (Nauheimer Methode).** Berlin 1898. Verlag von S. Karger. Preis 3,50 Mk.

In einem gewissen Gegensatz zu der neuen, freilich noch stark bestrittenen Anschauung eines Theiles der Physiologen, dass der Herzmuskel ein automatischer Motor sei, geht Gr. für die vorliegende Arbeit von dem Satze aus, dass die musculäre Automatie des Herzmuskels erst dann in Frage kommt, sobald die Innenspannung der Herzens eine gewisse Höhe überschreitet. Verfasser sucht vor Allem auch den Satz zu widerlegen, als ob Anregung der Thätigkeit des Herzens zu einer geweblichen

Kräftigung desselben führen müsste. Ziel aller Herztherapie ist nach Gr. nicht eine primäre Tonisirung des Herzmuskels im Sinne eines Digitaliseffectes, sondern ausser Verbesserung der gesammten Constitution eine «primäre Erhöhung der Vagus Accessorius Strömung». Bezüglich der jüngst auf der 70. Naturforscherversammlung so hitzig discutirten Rolle der Herzganglien vertritt Gr. den Standpunkt jener Physiologen, welche deren Bedeutung für die Herzrhythmik in Abrede stellen.

In den physiologischen Erörterungen über den sufficienten Herzmuskel bespricht Verfasser eingehend die Veränderungen der Herzthätigkeit bei Stellungswechsel, in den folgenden Abschnitten die Bedingungen für die Insufficienz des Herzens, sowie die compensatorische Hypertrophie. Für die Erkennung der Herzleistungsfähigkeit empfiehlt Gr. die Prüfung der Pulsfrequenz vor und nach Widerstandsübungen und zwar bei horizontaler und verticaler Stellung. Es folgt eine Kritik der schwedischen Heilgymnastik, der manuellen Widerstandsbewegungen nach A. Schott, die Verfasser bei Herzinsufficienz, welche als solche noch nicht zur Störung des Capillarkreislaufes geführt haben darf, als ein in vieler Hinsicht vorzügliches Mittel erklärt, ferner der mechanischen (besser maschinellen) Widerstandsbewegungen nach Zander, der Herzmassage, der Oertel-Cur.

Die Technik der Widerstandsbewegungen, ihre Arten sind kurz angegeben. Eine ausführliche Darstellung erfährt die Wirkungsweise der verschiedenen Bäderarten, welche in einer «dadurch hervorgerufenen Vagus-Accessorius-Strömung» besteht. Eine absolute Herzschwäche mit allgemeinen Oedem contraindicirt die Bäderbehandlung — hier tritt die Digitalis in ihr Recht — dagegen wirkt sie besonders günstig bei Störungen durch körperliche Ueberanstrengung, Luxusconsumption, beginnender Coronarsklerose, auch bei Aorteninsufficienz. — Das Buch ist mehr für den Theoretiker als den Praktiker berechnet.

Dr. Grassmann-München.

Italo Tonta: Raggi di Röntgen e loro pratiche applicazioni. Manuali Hoepli. Milano 1898. 2.50 Fr.

Unter den handlichen und billigen Handbüchern von Hoepli nimmt das Tonta'sche Werkchen eine wichtige Rolle ein, indem es die Geschichte der Röntgenstrahlen, das Verhalten derselben gegenüber verschiedenen Substanzen, Natur und Anwendungsweise der Röntgenstrahlen kurz darstellt, dabei die gebräuchlichen Röhren, die Apparate (besonders den Voltohmapparat) schildert und speciell die diagnostische Bedeutung der X-Strahlen im einzelnen berücksichtigt, ferner auf das einschlägige Krankenmaterial der Münch. chir. Klinik, auf die Arbeiten von Kümmell u. A. sich stützend an zahlreichen Beispielen von Fracturen, Pseudarthrose, Luxationen, Knochenkrankheiten, Anchylose, Rhachitis, Bildungsanomalien, speciell Fremdkörpern in den verschiedensten Körperstellen, Angiosklerose, inneren Leiden, Conerementen etc. die hohe Bedeutung der Röntgenstrahlen vorführt und so eine klare Uebersicht über dieses Gebiet in conciser Form gibt. Schon der billige Preis wird dem Werkchen eine grosse Verbreitung sichern, wenn auch natürlich bei demselben die Ausführung der zahlreichen Abbildungen nicht durchweg eine gute sein kann.

Schr.

S. Seligmann, Augenarzt in Hamburg: **Die mikroskopischen Untersuchungsmethoden des Auges.** Berlin, S. Karger 1899. Preis 6 M.

Seitdem auch in der Ophthalmologie die mikroskopische Untersuchung immer mehr an Umfang und Bedeutung gewonnen hat, wird Jedem, der sich damit beschäftigen will, eine zusammenfassende Darstellung aller einschlägigen Methoden, die bisher nur in grösseren histologischen Lehrbüchern oder in einzelnen ophthalmologischen Journalen zerstreut waren, ausserordentlich willkommen sein.

Es ist dem Verfasser in der That in trefflicher Weise gelungen, nur das Wichtigste herauszugreifen und in übersichtlicher, präciser Form wiederzugeben. Eine am Ende eines jeden Capitels beigefügte Literaturangabe ermöglicht dem Leser, sich eventuell noch eingehendere Informationen in den verschiedensten Fragen zu erholen. Dadurch, dass auch aus der allgemeinen, histologischen Technik verschiedene wichtige Punkte Aufnahme gefunden haben, wird die gleichzeitige Benützung eines anderen derartigen Leitfadens entbehrlich.

Der erste, allgemeine, Theil beschäftigt sich hauptsächlich mit der Beschaffung des Materials, der Präparation und Conservirung des Augapfels, der Herstellung des mikroskopischen Präparates und der Darstellung der nervösen Elemente, sowie besonderer Zell- und Gewebsbestandtheile. Wir finden in diesem, zehn Capitel umfassenden, Abschnitt alles Wissenswerthe über die verschiedenen zahlreichen Fixations- und Färbemethoden, über die Einbettung, Anfertigung und Weiterbehandlung der Schnitte etc.

Im zweiten Theil werden wir dann über die specielle Behandlung sämmtlicher Abschnitte des Bulbus im einzelnen auf's Eingehendste unterrichtet, wobei insbesondere die mannigfachen Untersuchungsmethoden der Retina einer ausführlichen Bearbeitung unterworfen sind. Auch in diesem Abschnitt sind die Fortschritte der histologischen Technik überall zur Geltung gebracht und alle neueren Methoden in umfassendster Weise verwerthet.

Mithin dürfte also der Zweck dieses Buches, bei der Ausführung mikroskopischer Arbeiten auf ophthalmologischem Gebiete in allen einschlägigen Fragen als technischer Rathgeber zu dienen, vollkommen erfüllt sein, und kann dieses Lehrbuch Jedem, der sich für Mikroskopie des Auges interessirt, bestens empfohlen werden.

v. Sicherer.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 35 Band. 5 u. 6 Heft.

17) H. Winterberg: **Ueber den Ammoniakgehalt des Blutes gesunder und kranker Menschen.** (Aus der medicinischen Abtheilung des Prof. v. Limbeck in der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien.)

Verfasser bestimmte den Ammoniakgehalt des Blutes nach einer von der von Nencki und Zaleski angegebenen nur in unwesentlichen Punkten abweichenden Methode in 50 bis 100 ccm defibrinirten Aderlassblutes. Der Ammoniakgehalt schwankte bei normalen Verhältnissen von 0,65 bis 1,31 mg in 100 ccm; bei fieberhaften Krankheiten, bei welchen eine Vermehrung des Ammoniakgehaltes zu erwarten gewesen wäre, fand sich nur in der einen Hälfte aller Fälle eine Steigerung über 1,31 mg, bei der anderen Hälfte waren die Werthe normal oder abnorm niedrig; bei 3 Fällen von Lebercirrhose fand sich ebenfalls keine Steigerung des Ammoniakgehaltes, auch nicht in der Ascitesflüssigkeit. Bei einem katarrhalischen Ikterus, bei einem Fall von acuter gelber Leberatrophie war der Ammoniakgehalt des Blutes auch innerhalb der normalen Breite, ebenso bei einem Ikterus, welcher experimentell durch Schwefelsäureinjection bei einem Hunde erzeugt wurde, wobei aber das Lebergewebe nur stellenweise zu Grunde gegangen war. Dagegen betrug der Ammoniakgehalt des Blutes bei einem Hunde mit Eck'scher Fistel, bei stickstoffreicher Nahrung 2,4 mg, nach Zufuhr von Ammon. citric. sogar 5,4 mg, ebenso zeigte das Blut eines Hundes, bei welchem es gelungen war, durch Schwefelsäureeinspritzung in den Duct. choledochus das gesammte Lebergewebe zum Zerfall zu bringen, eine Erhöhung des Ammoniakgehaltes auf 4,91 mg. Die Vermuthung, dass die Uraemie von einer Anhäufung von carbaminsaurem Ammoniak herrühre, fand sich bei drei darauf untersuchten Fällen nicht bestätigt; in einem derselben war sogar der Ammoniakgehalt vermindert. Zu dem gleichen Resultate führten die Untersuchungen an Hunden mit Nierenexstirpation. Auch bei einer Sepsis puerperalis, bei welcher eine «Ammoniaemie» vermuthet werden konnte, war keine erhebliche Steigerung des Ammoniakgehaltes vorhanden, dagegen fand sich bei einem Coma diabeticum ein Ammoniakgehalt von 3,78 mg.

18) M. Einhorn-New-York: **Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Ischochymie (Gastrectasie).**

Die vom Verfasser an der Hand von 15 Krankengeschichten erläuterten Punkte lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Bei der grössten Zahl andauernder Störungen der Fortschaffung des Chymus vom Magen in den Darm liegt eine Verengerung des Pförtners vor. Das früheste und wichtigste Zeichen der letzteren ist die Ischochymie; die bedeutenden Magenerweiterungen entwickeln sich erst später und können auch bei genügender Prochorese vorkommen. Ischochymie, durch eine maligne Stenose bedingt, erheischt stets eine Operation (Gastroenterostomie resp. Pylorectomie); bei einer beginnenden Stenose oder bei einer durch Erschlaffung der Magenmusculatur bedingten Ischochymie ist zunächst palliative Behandlung (Regulirung der Diät, Magenausspülungen, Verabreichung von Antifermentativen, wie Resorcin Wismuth etc.) indicirt. Kann die Ischochymie auf diese Weise nicht beseitigt werden, so ist operatives Eingreifen indicirt. Bei Ichochymie durch hochgradige benigne Pylorusstenosen ist der operative Eingriff ohne Weiteres erforderlich.

19. Hünermann: **Bacteriologische Untersuchungen über Meningitis cerebrospinalis.** (Aus der bacteriologischen Untersuchungsstation des Garnisonslazarethes in Mainz.)

Verfasser stellte bei der von 1893 bis 1895 in Mainz epidemisch auftretenden Meningitis sowie bei mehreren anderen seither zur Beobachtung gelangenden Fällen von eitriger Meningitis bacteriologische Untersuchungen an und fand verschiedene Coccenarten, sowie eine nicht näher zu identificirende Bacillenart. Dabei ergab sich, dass der Meningococcus intracellularis, welcher von Heubner für die epidemische Form der Meningitis als Erreger angesprochen wurde, diese Specifität nicht besitzt, da er einerseits in seinem mikroskopischen und culturellen Verhalten den gewöhnlichen Eiterstaphylococcen sehr ähnlich ist, andererseits auch bei tuberculöser und bei traumatischer eitriger Meningitis in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden wird. Der Befund, welchen Verfasser bei einer Meningitis im Anschluss an eine Influenza constatiren konnte, nämlich das Fehlen von Influenzabacillen bei gleichzeitiger Anwesenheit des Meningococcus in der Cerebrospinalflüssigkeit spricht demnach auch nicht dagegen, dass die Meningitis eine Folge der Influenza war, zumal da die Influenzabacillen bei Influenzameningitis nur selten im Gehirn nachzuweisen sind. Endlich berichtet Verfasser noch über einen Fall von traumatischer Meningitis im Anschluss an eine Basisfractur, bei welchem Pneumococcen im eitrigen Exsudat gefunden wurden.

20) P. F. Richter: **Diuretica und Glykosurie. Nebst Versuchen über Glykogenbildung.** (Aus der III. medicin. Klinik Senators.)

Um die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der durch Diuretica erzeugten Polyurie und der dabei auftretenden Glykosurie zu entscheiden, stellte Verfasser zunächst Versuche mit Coffeinpräparaten, vorzugsweise mit Diuretin, bei Kaninchen an und fand die Angabe Jacobi's bestätigt, dass die Glykosurie eintritt, wenn vorher kohlehydratreiche Nahrung (sogar bloss Amylum) gereicht worden war. Bei Anwendung von Harnstoff gelang es auch trotz reichlichster vorhergegangener Rübenfütterung unter 12 Versuchen nur zweimal, eine Glykosurie hervorzurufen. Die Diurese durch Salze wie Natr. nitric., chlorat., acetic. erzielte niemals eine deutliche Zuckerausscheidung im Harn. Dieses abweichende Verhalten erklärt sich aus der nur bei den Coffeinpräparaten nachweisbaren Vermehrung des Blutzuckers, welche, wie diesbezügliche Versuche ergaben, mit einer Glykogenverarmung der Leber einhergeht. Dabei zeigt sich gleichzeitig die diastatische Wirkung des Blutserums bedeutend erhöht, so dass eine Vermehrung des diastatischen Fermentes im Blutserum wahrscheinlich erscheint; da die Polyurie beim Diuretin nach vorhergehender kohlehydratarmer Nahrung ausbleibt, so scheint die Hyperglykaemie ein wesentlicher Factor für das Zustandekommen der Diurese zu sein. Da demnach aus einem Eintreten oder Ausbleiben der Glykosurie nach Diuretin auf den Vorrath der Leber an Glykogen geschlossen werden kann, so lässt sich diese Glykosurie auch zur Beurtheilung, ob ein Stoff zu den Glykogenbildnern gehört oder nicht, heranziehen. Verfasser konnte nun auch nach vorhergehender Fütterung mit Laevulose Dextrose im Harn nach Diuretin nachweisen, ebenso nach Rohrzuckerfütterung, nicht dagegen nach subcutaner Injection von Rohrzucker. Nach Milchzuckerfütterung und Diuretin erschien nur Milchzucker im Urin. Nach Galactosefütterung trat in der Mehrzahl der Versuche Galactose und Dextrose im Harn auf; bei 3 Versuchen nur Galactose. Die Galactose wird demnach wahrscheinlich nur theilweise zur Glykogenbildung verwendet.

21) R. Oestreich-Berlin: **Die Percussion der Lungenspitzen.**

Durch Percussion der Lungenspitzen an Leichen mit nachfolgender directer Besichtigung stellte Verfasser fest, dass ein einziger tuberculöser Herd in der Spitze erst wenn er Kirschgrösse besass, sicher nachweisbar war. Wenn mehrere Herde in derselben Spitze vorhanden waren, so gelang der Nachweis kleinerer, selbst erbsengrosser Herde mit Sicherheit. Der Grenzwerth der physikalischen (percussorischen) Untersuchung der Lungenspitzen dürfte damit gegeben sein. Eine Unterscheidung, ob mehrere kleinere oder ein einziger grösserer Herd vorhanden sind, ist nicht möglich; es muss genügen, zu erkennen, dass die Spitze erkrankt ist.

22) U Rose: **Nephritis, Arteriosclerose und apoplectiforme Pseudobulbärparalyse.** (Aus der medicinischen Klinik in Strassburg.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

23) S. Palma-Utrecht: **Von der Gährung der Kohlehydrate im Magen.**

Verfasser vertritt die Ansicht, dass die Gährungsprocesse im Magen häufig nicht die Folge, sondern die Ursache krankhafter Zustände sind; da die Gährthätigkeit von Hefepilzen auch noch bei 4prom. HCl möglich ist, so können auch bei Hyperchlorhydrie Gährungen des Mageninhaltes vorkommen. Die Gährungsproducte sind Ursachen motorischer Insufficienz des Magens, da diese häufig verschwindet nach Entziehung der Kohlehydrate. Der Krampf des Sphincter pylori kann die nächste Ursache der motorischen Insufficienz sein. Bei Vorhandensein von Gährungen sinkt häufig die grosse und die kleine Curvatur des Magens durch den Magenkrampf hinab (Gastroptose); die Erhärtung des Pylorus kann dann ebenfalls nachgewiesen werden. Die Gährung ist eine Ursache der Hyperchlorhydrie. Bei einem derartigen Fall verschwand dieselbe mit Aufhören der Gährung. Der von den Gährungsproducten und der starken Säure erweckte Magenkrampf kann die Ursache von Ulceration und vielleicht von Perforation der Wand sein, wie verschiedene Fälle beweisen. Aus einem durch Alkoholgährung entstandenen Ulcus kann sich ein Carcinom entwickeln. Die Gährung ist zu bekämpfen durch Kohlehydratentziehung. Antiseptica helfen meist gar nichts, nur das Bismuth. salicyl. hat manchmal Erfolg. Am besten wirkt das Argent. nitric. Seltener als die alkoholische Gährung ist diejenige Form, bei welcher Essigsäure und andere flüchtige Fettsäuren, Milchsäure und Bernsteinsäure, nicht saure CH_3-Verbindungen und oft viel übelriechende, vom Verfasser nicht näher bestimmte Stoffe gebildet werden. Zum Beweise dafür, dass diese Ursache von krankhaften Zuständen sein können, führt Verfasser 5 Krankengeschichten an. Die Entzündungserscheinungen der Magenwand sind die Reaction des Körpers gegen die einwirkenden Gifte. Die schädigenden Stoffe sind zu entfernen durch Regelung der Diät, nöthigenfalls mit Antiseptica und vor Allem durch Ausspülungen.

24) A. Fraenkel: **Zur pathologischen Anatomie des Bronchialasthmas.** (Aus der inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

25) A. Blumenthal: **Beitrag zum Verhalten des Diphtheriebacillus auf künstlichen Nährböden und im thierischen Organismus.** (Aus der Klinik v. Leyden's in Berlin.)

Nachdem eine Verminderung der Toxinbildung seitens der Diphtheriebacillen durch Züchtung derselben auf zuckerhaltigen oder lecithinhaltigen Nährböden wahrscheinlich gemacht worden war, untersuchte der Verfasser auch den Verlauf von Diphtherieinfectionen bei gleichzeitigen Zuckerinjectionen bei Meerschweinchen und fand, dass die Infectionen bei gleichzeitiger Zuckerinjection nicht oder erst nach längerer Zeit zum Tode führten, als die Infectionen ohne Zuckereinspritzungen.

Lindemann-München.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 50. Bd., 3. u. 4. Heft. Leipzig, Vogel, Januar 1899.

11. Stolper-Breslau: **Die angeborenen Geschwülste der Kreuzsteissbeingegend.**

St. hat in dem Knappschaftslazareth zu Königshütte 10 der genannten Tumoren eingehend untersucht und hat dabei eine Reihe von sehr werthvollen Beobachtungen gemacht. Unter angeborenen Geschwülsten der Kreuzsteissbeingegend hat man nach St. zu verstehen cystische Tumoren, die sich bald an der dorsalen, bald an der ventralen Seite des unteren Wirbelsäulenendes entwickeln, in ihrer Grösse sehr verschieden sind, von kaum sichtbarem bis zu monströsem Umfange. Man unterscheidet die durch doppelte Keimanlage entstehenden Geschwülste von den nicht durch doppelte Keimanlage entstehenden.

Die letzteren entstehen durch Störungen im Zusammenschluss der embryonalen Componenten des unteren Stammendes.

Hierher gehören die reinen Dermoide (Sacrococcygealfisteln und -cysten) und die mit Wirbelspalte bezw. -defect verbundenen Aussackungen des Rückgratinhalts (Spina bifida) einschliesslich der Spina bifida occulta.

Manche Fälle von Spina bifida sind polycystisch und können nur durch histologische Untersuchung von den teratoiden Sacraltumoren unterschieden werden. Sie und noch öfter die Spina bifida occulta kommen combinirt mit sacralen Mischgeschwülsten vor. Echte Schwanzbildung ist niemals mit Sicherheit beobachtet; lipomatöse oder ähnliche Anhänge können in der Steissgegend wie überall vorkommen.

Die bislang so erklärten «teratoiden» Geschwülste der Sacralgegend zeigen übereinstimmend eine Zusammensetzung aus Abkömmlingen sämmtlicher drei Keimblätter; nur die Wachsthumsverschiedenheit derselben gibt den Tumoren ein makroskopisch so verschiedenes Aussehen. Die Mannigfaltigkeit im Sitz, in der groben und feineren Structur, insbesondere die Andeutung allerverschiedenster Organe, die Cystenbildung, die Verschiedenheit der Epithelbildung in einer und derselben Cyste erklärt sich leicht durch die Annahme einer doppelten Keimanlage. Wir nennen daher die Tumoren, wie Wilms seine Hodenteratome, embryoide Geschwülste. Es gibt zahlreiche Uebereinstimmungen in der Structur der Mischgeschwülste, denen man bisher monogerminalen Ursprung zuschrieb, und der unzweifelhaften Parasiten.

Die Bildung des parasitären Keimes ist zu verlegen bis in die Zeit, wo durch ungleichmässige mitotische Theilung die Richtungskörperchen entstehen. Die Möglichkeit der Befruchtung eines solchen ist Voraussetzung.

Bösartig in dem gewöhnlichen Sinne sind die teratoiden Geschwülste nicht. Sie werden für den Träger nur durch die Grösse und durch die Entstellung nachtheilig.

Die Behandlung kann nur eine operative sein. In Folge der leicht auftretenden Druckulcerationen muss die Operation oft schon im frühen Lebensalter vorgenommen werden.

12) Herzog: **Ueber den Werth einiger Wiederbelebungsmethoden beim Scheintod während der allgemeinen Narcose.**

III. Ueber das directe Einblasen von Luft in die Lungen. (Chirurg. Institut Charkow.)

Auf Grund von Versuchen an Hunden kommt Verfasser zu dem Schluss, dass das Einblasen von Luft während der durch Chloroform bedingten Herzthätigkeitsstockung von keinem Nutzen ist. Brauchbar ist sie dagegen bei der durch dieselbe Ursache hervorgerufenen Athmungsstockung. Das Einblasen geschieht am besten durch die Katheterisation des Larynx.

13) Wendel: **Zur Statistik und Therapie der Rectumcarcinome.** (Chirurg. Klinik Marburg.)

Das Küster'sche Material von dem Jahre 1885 ab umfasst 126 Fälle von Rectumcarcinom. Von diesen Patienten wurden 95 radical operirt, 25 einer palliativen Operation, 2 der Probelaparotomie unterworfen; bei 4 Patienten unterblieb ein chirurgischer Eingriff.

Die beiden jüngsten Patienten waren 16 bez. 19, der älteste 83 Jahre alt. Bei dem Letzteren wurde noch eine Darmresection vom Bauchschnitte aus vorgenommen!

Von den 20 mit Ausschabung behandelten Patienten erlagen 5 der Operation, 4 in Folge Perforationsperitonitis, 1 in Folge Lungenembolie. Die Darmstenose konnte durch die Operation nur auf kurze Zeit beseitigt werden. Auf Grund dieser Umstände ist die Operation in den letzten 6 Jahren nicht mehr geübt worden.

Die Colostomie führte von 5 Fällen 2 mal zum Tode, einmal durch Myocarditis, einmal durch Pneumonie.

Von den 95 radicalen Operationen wurden 46 auf perinealem Wege vorgenommen: in 8 Fällen handelte es sich um die Exstirpation des Tumors aus der Continuität des Darmes, 38 mal um die Amputatio recti nach Lisfranc. Von den Ersteren 8 starben im Anschluss an die Operation 2, von den Letzteren 6. Vier Patienten von den 38 leben noch 5 Jahre nach der Operation recidivfrei.

46 Operationen wurden auf sacralem Wege gemacht: 12 mal definitive, 1 mal temporäre Resection des Steissbeines, 12 mal temporäre Resection des Kreuzbeines, der Rest nach Kraske. Innerhalb der 1. Monats nach der Operation starben 14 Patienten. Am Leben sind von den 46 Patienten noch 6, einer im 2. Jahre, zwei im 7., zwei im 9. und einer im 11. Jahre, Alle recidivfrei.

In 72 Proc. der mit Resectio recti behandelten Fälle entwickelte sich eine sacrale Kothfistel. In einem Drittel der Fälle schloss sich dieselbe von selbst oder unter leichter Nachhilfe. Meist machte ihre Beseitigung erhebliche Schwierigkeiten, und zwar in Folge der Spornbildung an der vorderen Mastdarmwand. Die Beseitigung des Sporns geschieht durch eine Bougiebehandlung.

Im Gegensatz zu Mikulicz und Hochenegg, welche die sacrale Methode als Normaloperation ansehen, glaubt Verfasser, dass die perineale Methode in weit mehr Fällen angewandt werden könne. Dieselbe ist schneller und leichter auszuführen, die Mortalität nach derselben ist eine geringere.

14) Kappeler-Konstanz: **Erfahrungen über Gastroenterostomie.**

Nach einer von K. schon früher mitgetheilten Gastroenterostomie kam es vom 5. Tage ab zu ständigem galligem Erbrechen, das die Patientin sehr herunterbrachte. Bei der zweiten Operation zeigte sich, dass der sehr stark herunterhängende Magen in Gemeinschaft mit der geblähten zuführenden Schlinge die Fistel verschloss. Eine Enteroanastomose beseitigte die Störung.

15) Reinhardt: **Ueber Unterschenkelbrüche auf Grund von Röntgenaufnahmen.** (Charité Berlin.)

Die Arbeit gründet sich auf die Röntgenaufnahmen von 33 Unterschenkelbrüchen und fördert ausserordentlich interessante Einzelheiten zu Tage, die in der Hauptsache natürlich nur mit Hilfe der Abbildungen verständlich sind. Das Vorkommen einer Infraction der Tibia ist durch eine Aufnahme sichergestellt. Merkwürdig war in einem weiteren Fall eine ausgedehnte Splitterung der Tibia ohne Dislocation. Von Quer- und Schrägbrüchen der beiden Unterschenkelknochen sind die verschiedensten Formen beobachtet. Wichtig sind die Aufschlüsse, die das Röntgenbild über die Supramalleolarbrüche gibt. Die Untersuchung der Malleolarbrüche ergab im Allgemeinen eine Bestätigung des Bekannten.

16) Ritter: **Der Fettgehalt in den Endotheliomen (Peritheliomen) des Knochens.** (Chirurg. Klinik Kiel.)

R. beschreibt sehr genau einen Tumor der Tibia von ganz eigenartiger Zusammensetzung. Derselbe besteht aus Capillaren, die einen einschichtigen Zellmantel als Bekleidung tragen. Die Zellen sind ausserordentlich fetthaltig und bilden ihrerseits Hohlräume, die mit massenhaftem Blut gefüllt sind.

Verf. erklärt den Tumor nach dem Vorgange von Waldeyer als Peritheliom. Der Fettgehalt der Zellen kann nicht auf einem degenerativen Vorgange beruhen. Es handelt sich vielmehr um eine Infiltration von Fett, die wahrscheinlich von den Capillaren her zu Stande gekommen ist.

R. weist darauf hin, dass die Lehre von der fettigen Degeneration in neuerer Zeit überhaupt einige Einschränkungen erfahren hat. Das Fett kann normaler Weise fast in allen Organen unseres Körpers vorkommen, ohne dass ein Zerfall der Zellen eintritt.

17) Ekehardt: **Ueber Geschwülste der weiblichen Brustwarze.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

1. Echte Hypertrophie der Mamille, vermuthlich im Anschluss an das Säugegeschäft.

2. Carcinom der Mamille in einem sehr jungen Stadium. Die Erkrankung hatte nichts von den Charakteristicis der Paget'schen Krebsform. Verfasser verwerthet den Fall zu einer Widerlegung der Ribbert'schen Carcinomtheorie.

18) Lichtenauer: **Ein Beitrag zur Behandlung grösserer Lungencavernen und der nach Pneumotomie verbleibenden Lungenfisteln.** (Chirurg. Klinik Greifswald.)

Nach der glücklichen Operation eines gangraenösen Lungenabscesses hatten sich putride Bronchectasien ausgebildet. Nach ausgiebiger Rippenresection wurde die Lungenhöhle von Neuem breit eröffnet und darnach eine Compression des Thorax durch einen Port'schen Panzer in Verein mit elastischen Binden eingeleitet. Unter dieser Behandlung erfolgte ein vollkommener Verschluss der Wunde.

Von 15 früher durch Quincke zusammengestellten Fällen von Bronchectasien wurde kein einziger völlig geheilt.

19) M. Schmidt-Cuxhaven: **Totalexstirpation der Scapula wegen Sarkom.**

Die Operation hatte ein Jahr lang Erfolg. Darnach zeigten sich Symptome, die auf Recidiv und Metastasen hinwiesen.

20) Havemann-Dobbertin: **Glückliche Entfernung einer Bohne aus dem rechten Bronchus eines 5jährigen Madchens.**

Die Bohne machte heftige Erstickungsanfälle, wenn sie aus dem Bronchus in die Trachea trat und dieselbe verlegte. Von der Tracheotomiewunde aus konnte sie immer in den Bronchus zurückgeschoben, und dadurch die Athemnoth beseitigt werden. Die Entfernung erfolgte schliesslich mit Hilfe eines langen scharfen Löffels. Krecke.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 6.

1) E. Bumm-Basel: **Zur Definition des Begriffs ‹Puerperalfieber›.**

B. findet die von Olshausen unlängst aufgestellte Definition des Puerperalfiebes (cf. diese Woschenschr. 1899, No. 3, S. 91) noch zu weitgehend. Die Intoxication in Folge intrauteriner Zersetzung durch anaërobe Saprophyten gehöre nicht mit dazu. Nach B. sind nur die infectiösen Formen, welche zumeist auf Streptococceninfectionen zurückzuführen sind, als Puerperalfieber zu bezeichnen. Die Diagnose wird, wo angängig, auf bacteriologischem Wege zu stellen sein. Sonst entscheidet klinisch der grauweisse Belag der puerperalen Wunden, der besonders an der Cervix fast stets zu constatiren ist.

2) R. Olshausen: **Erwiderung auf die vorstehende Abhandlung.**

3) C. H. Stratz-Haag: **Zur Behandlung der Beckenperitonitis.**

Bei der operativen Behandlung der Adnexerkrankungen hatte Str. nur 50 Proc. Heilungen; die Uebrigen blieben oft jahrelang leidend oder bekamen Recidive. Str. ist desshalb wieder mehr zur conservativen Behandlung übergegangen. In acuten Fällen empfiehlt er Ichthyolcompressen auf das Abdomen und täglich 2 heisse Vaginalirrigationen von 45—50° C., in chronischen Fällen steht neben den Resorbentien die Massage im Vordergrund.

4) M. Graefe-Halle: **Ein geburtshilfliches Besteck, zu gleich Sterilisationsapparat.**

Beschreibung des in der Ueberschrift näher bezeichneten Apparates, dessen Hauptvorzug in seinem mässigen Preise (49.75 M.) bestehen soll. G. benutzt die feuchte Sterilisation mit 1 proc. Sodalösung und zieht dieselbe der Trockensterilisation aus verschiedenen Gründen vor. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1899. No. 7.

1) J. Rotter-Berlin: **Ueber die modernen Indicationen zur Radicaloperation freier Hernien.**

Siehe das Referat pag. 166 der Münch. med. Wochenschr. 1899.

2) Piorkowski-Berlin: **Ein einfaches Verfahren zur Sicherstellung der Typhusdiagnose.**

Cfr. pag. 166 der Münch. med. Wochenschr. 1899.

3) E. Trömmer-Hamburg: **Tabes nach Trauma.**

Die als rein traumatisch anzusprechenden Tabesfälle sind sehr selten. In den 2 vom Verfasser beschriebenen Fällen ist der 1. mit grosser Wahrscheinlichkeit traumatischer Natur. Die Erscheinungen der Tabes entwickelten sich bei dem 42jährigen Kranken ca. 3/4 Jahre nach einer Verletzung am linken Fusse und zeigten hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen das Besondere, dass dieselben nach der Stelle der ursprünglichen Verletzung hin an Intensität zunahmen. Ein Zeichen von Lues liess sich bei dem Patienten nicht constatiren, verdächtig war nur, dass seine Frau psychische Defecte darbot, die vielleicht aus Syphilis zu erklären sind. Die traumatische Entstehung der Tabes im 2. Falle (44jähr. Postschaffner, der eine Contusion beider Schienbeine erlitten hatte) ist desswegen auch nicht ganz sicher, weil in dessen Anamnese zahlreiche Erkältungen vorkommen. Den Beginn und die Mehrlocalisation der Erscheinungen im verletzten Körpertheil hält Tr. bei dem Fehlen anderer zweifelloser aetiologischer Momente für das Hauptpostulat bei der Annahme einer traumatischen Tabes.

4) Tuczek-Marburg: **Ueber Zwangsvorstellungen.** (Fortsetzung folgt.)

5) A. Hasenfeld und B. v. Fenyvessy-Ofen-Pest: **Ueber die Leistungsfähigkeit des fettig entarteten Herzens.**

Aus den Schlussfolgerungen, welche die Verfasser aus ihren Thierexperimenten ziehen, ist Folgendes besonders bemerkenswerth. Die Diagnose eines acut fettig degenerirten Herzmuskels ist in vivo nicht stets möglich, weil die Verfettung die Functionen des Herzens nicht nennenswerth beeinflusst, so dass von letzterem selbst erhöhte Arbeit andauernd geleistet werden kann. Der Herzmuskel ist bei mit Phosphor vergifteten Thieren gegen O-Mangel bedeutend empfindlicher als der normale. Das Erlöschen der Circulation ist bei der P-Vergiftung zum guten Theil der Schwäche der Vasomotoren zuzuschreiben. Die Erhaltung der Leistungsfähigkeit eines P-vergifteten Herzens ist nur dadurch möglich, dass gesund gebliebene Fasern die Compensation bewirken. Für die menschliche Pathologie ergibt sich, dass nicht lange bestehende, mässige Grade von Herzmuskelverfettung nicht diagnosticirbar sind und beobachtete Schwächezustände des Herzens nicht ohne Weiteres auf eine Verfettung zurückgeführt werden können. In der Mehrzahl der Fälle ist die bei Compensationsstörungen gefundene Herzverfettung nicht die Ursache, sondern die Folge der ersteren. Hochgradige Verfettungen können in späteren Stadien allerdings auch primär Herzinsufficienz bewirken. Diese Sätze beziehen sich nur auf die parenchymatösen, nicht aber auf die interstitiellen Veränderungen des Herzmuskels.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1899, No. 6.

1) Hans Schmaus und Eugen Albrecht: **Zur Frage der Coagulationsnekrose.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität München.) (Schluss folgt.)

2) A. W. K. Müller: **Ueber seltenere Localisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald.)

In diesem am 3. December 1898 im Greifswalder medicinischen Verein gehaltenen Vortrag wird über einen Fall von Diphtherie der Vulva, Vagina und der äusseren Haut bei gleichzeitiger Rachendiphtherie berichtet. Nachweis virulenter Diphtheriebacillen in Reinculturen sowohl in dem aus den Genitalien als der Paronychia stammenden Eiter. Da eine Uebertragung durch Contact oder locale Infection in diesem Falle ausgeschlossen, ist hiemit ein neuer Beweis für die Allgemeininfection durch den Diphtheriebacillus geliefert, ebenso wie durch die aus dem Paronychiaeiter erhaltenen Reinculturen der pyogene Charakter desselben erwiesen wird. —

3) B. P. B. Plantenga: **Die Theorie Grützner's über die Darmbewegung bei Rectalinjectionen mit Kochsalzzusatz.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Leyden.)

Nach den an Thieren und Menschen angestellten Untersuchungen beruhen die Angaben Grützner's, wonach die Injection einer physiologischen Kochsalzlösung im Dickdarm eine Antiperistaltik der Muscularis mucosae hervorrufe, auf einem Versuchsfehler, und wird durch dieselben erwiesen, dass die per injectionem in den Dickdarm eingeführten Stoffe die Bauhin'sche Klappe nur ausnahmsweise passiren und nur in den seltensten Fällen in den oberen Theil des Dünndarms oder den Magen gelangen können. Das dem Klysma zugesetzte Chlornatrium befördert nur das Resorptionsvermögen der Darmschleimhaut.

4) Paul Mayer: **Ueber die Abspaltung von Zucker aus Eiweiss.** (Aus dem Laboratorium der I. medicinischen Universitätsklinik und dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts in Berlin.)

Nach einer Demonstration im Verein für innere Medicin zu Berlin. Referat siehe diese Wochenschr. No. 3, pag. 96.

5) Georg Salomon und Martin Krüger: **Die Alloxurbasen des Harns und ihre physiologische Bedeutung.**

Quantitative Gesammtbestimmungen der Alloxurbasen ohne eingehendere Berücksichtigung ihres Ursprungs sind für Stoffwechseluntersuchungen werthlos. Das Paraxanthin vermag nach Rachford beim Menschen Autointoxicationserscheinungen hervorzurufen. Jedenfalls sind weitere Forschungen auf diesem Gebiete nöthig. Ausführlichere Mittheilungen hierüber finden sich in der Zeitschrift für physiologische Chemie No. 26.

6) **Aus der ärztlichen Praxis.**

Feige-Niesky: **Ein Fall von Phlegmone des Halses.**

Krankengeschichte einer Angina Ludovici mit Durchbruch nach dem Larynx und dem Oesophagus. Letaler Ausgang in Folge von Sepsis. F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 6.

1) E. Fuchs-Wien: **Zur operativen Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit.**

F. berichtet über 5, nicht von ihm, sondern andern Aerzten, operativ behandelte Myopiefälle, die alle schlecht, oder mit geringem Erfolge ausgingen. Verfasser operirt nur bei einer Myopie von mehr als 15 D, und zwar nur, wenn keine zu starken Veränderungen im Augenhintergrunde vorhanden sind, wenn die Patienten nicht mehr als 40 Jahre alt sind und das 2. Auge gebrauchsfähig ist.

Im Uebrigen ist Verfasser kein principieller Gegner der Myopieoperation, wünscht aber die Indication dafür eingeschränkt.

2) A. Blaschek-Wien: **2 Fälle von Echinococcus der Augenhöhle.**

Der 1. Patient war ein 50jähriger Viehtreiber, bei dem sich allmählich eine Protrusion des l. Bulbus entwickelte in Folge eines Tumors. Letzterer erwies sich bei der Operation als eine sterile Echinococcusblase. Da nach der Operation Eiterung eintrat, musste das Auge später enukleirt werden. Amaurose hatte schon vorher bestanden.

Im 2. Fall (20jähr. Mädchen) riss die nussgrosse Cyste bei der Operation ein; es entleerten sich Tochterblasen und Haken. Heilung erfolgte ohne Störung. In der Literatur konnte B. 59 Fälle von Echinococcus der Augenhöhle ausfindig machen.

3) J. Preindlsberger-Sarajevo: **Chirurgisch-casuistische Beiträge.**

a) 24jähr. Bauer mit Sarkom der Orbita, das mit Durchwachsung des Orbitaldaches in die Schädelhöhle vordrang. Die Exstirpation gelang, der Tumor erwies sich als ein Fibrom mit Uebergang in ein Spindelzellen- oder Fibrosarkom. (Cfr. Abbildungen!)

b) 38jähr. Dienstmädchen mit Lupus der Nase, der einen grossen Defect am r. Nasenflügel erzeugt hatte. Verfasser machte die Rhinoplastik nach v. Hacker mittels eines Wangenlappens, ferner Transplantation nach v. Thiersch, der kosmetische Erfolg war kein ganz tadelloser. Bei einer 2. Kranken fehlte die Nasenspitze und ein Theil beider Nasenflügel. Hier führte Pr. die totale Rhinoplastik mit Verwendung eines eine Periostknochenspange enthaltenden Stirnlappens aus. Wie der endgiltige Erfolg der Plastik sich hier gestaltet, kann z. Z. noch nicht beurtheilt werden (Abbildung!). Dr. Grassmann-München.

Ophthalmologie.

R. Burri-Basel: **Wirkung subconjunctivaler Kochsalzinjectionen bei Chorioiditis in macula.** (Zeitschr. f. Augenheilk. 1899, Heft 1 S. 21).

Die früher angewandten Sublimatinjectionen wurden verlassen, weil sie Obliterationen im subconjunctivalen Raum verursachten, und weil die Beobachtung ergab, dass nicht die Sublimatlösung, sondern deren Kochsalzgehalt das therapeutisch Wirksame sei.

Nach den vom Verfasser mitgetheilten Krankengeschichten wurde durchweg mittels der Kochsalzinjectionen eine Resorption des chorioiditischen Herdes in der Macula und eine bedeutende Besserung des Sehvermögens erzielt. Die Technik des Verfahrens ist folgende: Nach gehöriger Desinfection des Conjunctivalsackes und Anaesthesirung mit 2 proc. Cocainlösung lässt man den Patienten nach innen oben oder unten blicken, je nachdem man unter oder oberhalb der Hornhaut injiciren will, hält das Auge mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand offen, setzt die Spitze der Nadel flach auf dem Bulbus ca. ½ cm vom Hornhautende entfernt auf, durchsticht die Bindehaut und schiebt dann die Nadel etwa ½ cm in den Subconjunctivalraum vor, ohne das episklerale Gewebe zu treffen, dann lässt man den Inhalt einer ganzen Pravazspritze langsam einfliessen. Selbstverständlich muss die Lösung absolut steril sein. Es ist wichtig, einen ganzen Cubikcentimeter zu injiciren, um sofort eine bedeutende Anregung der Lymphcirculation zu erzielen. Durch die Flüssigkeit wird die Conjunctiva bulbi als weissliche Blase chemotisch abgehoben. Man lässt dann den Patienten das Auge schliessen und bedeckt dasselbe mit einem feuchten Verband. Nun folgt eine vierstündige Bettruhe, nach welcher der Verband weggenommen werden und der Patient mit einer Schutzbrille sich im Freien bewegen kann. Für gewöhnlich können diese Injectionen täglich wiederholt werden (in der Regel wurden 30 in jedes Auge gemacht). Nur in seltenen Fällen erheischen conjunctivale Reizung und Ecchymosen Zwischenpausen.

Zum Schluss stellt Verfasser folgende Sätze auf:

1. Subconjunctivale Kochsalzinjectionen sind als ein local im Auge selbst die Resorption stark erhöhendes Mittel zu betrachten.

2. Auf die Chorioiditis in macula wirken subconjunctivale Kochsalzinjectionen besonders bei frischen Fällen ebenso günstig ein, wie die frühere Behandlung mit Schmiercur, Jodkali innerlich, Sublimatinjectionen, ohne deren nachtheilige Folgen und Contraindicationen (Schwächezustände).

Lange-Braunschweig: **Zur Beeinflussung des prodromalen Glaukoms durch die Accommodation.** (Die ophth. Klinik, 1899 No. 1.)

Bei einem 57jährigen Mann gingen die Prodromalerscheinungen des Glaukoms jedesmal zurück, wenn derselbe feinen Druck las. Verfasser schliesst hieraus auf die Beeinflussung des intraocularen Druckes durch die Accommodation. Hess machte bei der Heidelberger Ophthalmologenversammlung 1897 auf den Widerspruch aufmerksam, der sich in der heutigen Glaukomprophylaxe findet: «Auf der einen Seite wird als wichtigster Factor bei der Verhütung des Glaukoms die Vermeidung jeglicher Accommodationsanstrengung hervorgehoben und auf der andern Seite hören wir die Erzeugung eines hochgradigen, dauernden, eventuell jahrelang fortgesetzen Ciliarmuskelkrampfes durch Eserieinträufelungen als Panacee gegen das Glaukom preisen.»

(Die Accommodation bewirkt dasselbe wie ein Mioticum, nämlich Verengerung der Pupille. D. Ref.).

Foveau de Courmelles: **Die Sichtbarkeit für Röntgenstrahlen für Blinde.** (Comptes rendus 1898. I. S. 919.)

Durch die Behauptung, dass bei Blinden die Röntgenstrahlen Lichtempfindungen zu erwecken im Stande seien, angeregt, hat Verfasser eine Untersuchung von 204 blinden jungen Leuten darauf hin angestellt. Die Prüfung wurde zunächst bei völliger Dunkelheit und bei durch Schwarzpapier verhüllter Hittorfröhre, dann bei hinzugefügtem Baryumplatincyanidschirm, und endlich bei unverhüllter Röhre und sichtbarem Kathodenlicht vorgenommen. Hiebei zeigte sich, dass Individuen, die in Folge centraler Ursachen völlig erblindet waren, keine Spur von Lichtempfindung wahrnahmen. Dagegen wurden unter den durch periphere Laesionen Blindgewordenen und noch einen ganz verschwommenen Lichtschimmer Empfindenden neun Individuen gefunden, welche die Röntgenstrahlen sahen unter Umständen, wo besser Sehende nichts davon bemerkten. Verfasser meint selbst, man dürfe aus seinen Beobachtungen noch nicht endgiltige Schlüsse ziehen.

A. Messner: **Einige Erfahrungen über Protargolanwendung in der Augenheilkunde.** (Centralbl. f. Augenheilk. 1899. Januar.)

In der Augenabtheilung des Landeskrankenhauses zu Klagenfurt wurde Protargol bei den verschiedenen Formen der Bindehauterkrankungen und bei den Thränensackeiterungen angewandt und fast durchweg schnellere und bessere Erfolge erzielt als mit anderen Mitteln. Das Protargol wurde in 2proc., 10proc. und schliesslich fast nur mehr in 5proc., wässeriger Lösung angewandt und zwar je nach der Schwere des Leidens drei- bis fünfmal des Tages. Bei Thränensackeiterung wurde täglich zweimal ungefähr 1 ccm Protargollösung mittels der Anel'schen Spritze durch das gespaltene untere Thränenröhrchen in den Thränensack eingespritzt. In allen diesen Fällen war schon am zweiten bis vierten Tage auffallende Besserung bemerkbar; in 7—28 Tagen trat Heilung ein. — Nicht gut vertragen wurde das Mittel bei allen Formen alter Bindehautleiden ohne oder mit rein wässeriger Absonderung. Gering war der Erfolg bei Blepharoconjunctivitiden Gänzlich versagte das Mittel bei eiteriger Hornhautentzündung. Der grösste Vorzug des Mittels besteht darin, dass seine Anwendung schmerzlos ist.

P. Schultz: **Ueber Wirkungsweise der Mydriatica und Miotica.** (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1898.)

Atropin wirkt pupillenerweiternd durch Lähmung der Nervenendigungen des Oculomotorius im Schliessmuskel der Pupille. Dagegen wirkt Cocain pupillenerweiternd durch Reizung der Nervenendigungen des Dilatators. Dementsprechend bewirkt Cocain, in ein atropinisirtes Auge gebracht, eine Verstärkung der Mydriasis. Eserin wirkt, als echter Antagonist des Atropins, wie dieses auf die Nervenendigungen des Oculomotorius, nur im entgegengesetzten Sinne — also nicht direct auf die Musculatur des Sphincters. In demselben Sinne wie Eserin wirkt Muskarin. — Ist bei Oculomotoriuslähmung Eserin noch wirksam, so muss das Endneuron intact sein, die Erkrankung kann höchstens bis zum Ganglion ciliare reichen.

Wolffberg-Breslau: **Einfluss der Tenotomie auf die Sehleistung.** (Therapie und Hygiene des Auges. 1899. No. 16.)

Es hat sich in einer grösseren Zahl von Fällen herausgestellt, dass die Sehleistung des schielenden Auges unmittelbar nach erfolgter Tenotomie einen nicht unwesentlichen Zuwachs erfuhr, auch dann, wenn die Stellungsverbesserung anscheinend kaum merklich war. Mit der durch die Tenotomie verbesserten Stellung des Auges wird nämlich die Fixation mehr central und hieraus resultirt die Erhöhung der Sehleistung.

E. Rählmann-Dorpat: **Ueber Blepharitis acaria.** (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Jahrg XXXVII. Februar 1899. S. 33.)

In den Haarbälgen der Cilien finden sich gar nicht selten als Ursache von Reizungszuständen des Lidrandes Acari folliculorum. Diese Parasiten werden indess leicht übersehen, da sie wegen ihres grossen Wasserreichthums keiner Conservirungsmethode Stand halten, sondern bei jeder Art Einbettung rasch zerfallen. Die behafteten Personen klagen über leichtes Ausfallen der Wimpern, über Reiben und Jucken, Beschwerden beim Arbeiten. In den meisten Fällen findet sich eine starke Hyperaemie der intermarginalen Lidrandzone und der äusseren Haut der Lidkante. Hier schimmern derbe, stark verzweigte venöse Gefässe deutlich durch die Epidermis durch. Die Lidkanten zeigen ein fest-weiches, eingedicktem Honig ähnliches Secret, welches der Basis der Cilien häufig in Klumpen oder Schuppen anhängt. Meist ist auch die Bindehaut gereizt, da die Stoffwechselproducte, Ausscheidungen und Excremente der Milben und diese selbst vom freien Lidrand leicht in den Conjunctivalsack gelangen.

Therapie:	Balsami peruviani	2,0,
	Lanolin. anhydr.	6,0,
oder	Bals. peruviani	2,0,
	Lanolini	4,0,
	Ol. amygd. dulc.	2,0,

täglich einmal auf die freien Lidränder bei leicht geschlossenen Lidern aufgestrichen und eine halbe Stunde oder länger dort gelassen, bewirkt gewöhnlich schon in 3—4 Tagen bei leichteren Fällen Heilung. Es empfiehlt sich indess in allen Fällen die Behandlung längere Zeit fortzusetzen, um sicher zu sein, dass alle Milben vernichtet sind.

Prof. Axenfeld-Rostock: **Bemerkungen zur operativen und medicamentösen Therapie an hochgradig vorgetriebenen Augen.** (Ibidem. S. 61.)

1. Festhalten der Lider bei Exophthalmus.

Verf. hatte bei einem an starkem Exophthalmus leidenden Starkranken die Extraction der Cataract zu machen. Er liess die Lider mit dem Finger auseinanderhalten, da der Sperrelevateur Luxation des Bulbus und Spannungsvermehrung bewirkte. In dem Augenblick, wo der Schnitt vollendet wurde, contrahirte der Patient die Lider derart, dass die Linse in ihrer Kapsel in einem Bogen herausgeschleudert wurde, dazu ein beträchtlicher Theil Glaskörper. Dies wäre, nach Ansicht des Verf. vermieden worden bei Anwendung der Desmarres'schen Elevateure. Noch sicherer und bei extremen Fällen empfehlenswerth ist die Operation in Narkose.

2. Druckverbände bei Exophthalmus.

Verbände werden von exophthalmischen Patienten im Allgemeinen schlecht vertragen, weil der Druck zu einseitig auf der Spitze des prominenten Bulbus lastet. Man entgeht dieser Unannehmlichkeit, wenn man zunächst um die geschlossenen, mit einem Mullläppchen bedeckten Lider herum eine ringförmige Wattepolsterung anbringt, bis für die aufgelegte Hand die Niveaudifferenz ausgeglichen ist. Wenn man dann hierüber in der gewöhnlichen Weise Compressen und Watte auflegt, so ist der Druck gleichmässig.

3. Schwere Conjunctivitis gonnorrhoica bei einer 24jährigen höchstgradigen Basedow-Kranken.

Links Partialstaphylom. Heilung durch Ausspülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000. Mediane Tarsoraphie unmittelbar nach der Lidektomie. Abflachung des Staphyloms mit guter Sehschärfe.

Regelmässig alle 1½ Stunden wurde ca. ½ Liter körperwarme Lösung mit einer Spritze unter kräftigem Druck unter jedes Lid eingespritzt, bis die Flüssigkeit klar ablief. Die Behandlung wurde Tag und Nacht fortgesetzt. Argentum nitricum war wegen des Exophthalmus nicht anwendbar. Rhein-München.

Englische Literatur.

F. W. Andrewes: **Ueber einen Ausbruch diarrhoischer Erkrankung in den Krankensälen des St. Bartholomäus-Hospital.** (Lancet 7. Jan.)

In den letzten 3 Jahren trat alljährlich einmal eine eigenthümliche Epidemie in den Sälen des obengenannten Krankenhauses auf. Im ersten Jahre erkrankten 59 Personen in 15 Sälen, im zweiten 146 in 22 Sälen und im dritten 86 in 16 Sälen. Das Pflegepersonal wurde kaum betroffen und es lag nahe, die Ursache der Erkrankung, die unter Leibschmerzen und heftigem, zuweilen von Blutungen begleitetem Durchfall auftrat, in einer Infection durch die Krankenkost zu suchen. Es gelang nun in jeder der Epidemien, den von Klein sogenannten Bacillus enteritidis sporogenes sowohl in der von den Kranken getrunkenen Milch als auch im Stuhle der Patienten nachzuweisen. Es gelingt auch leicht, ihn in Reincultur zu gewinnen, wenn man mit Milch gefüllte Culturgläschen mit dem Stuhle impft und dann 10 Minuten auf 80° C. erhitzt, wodurch alle anderen Bacterien getödtet werden und nur die Sporen des gewünschten Bacillus übrig bleiben, die dann anaërobisch in Buchner'schen Röhren bei 37° C. gehalten werden. Schon nach 48 Stunden zeigt die Milch energische Gerinnung und Gasentwicklung, die Bacillen zeigen sich hoch virulent für Meerschweinchen, die circa 36 Stunden nach der Impfung eingehen, nachdem sich intensives haemorrhagisches Oedem und Gangraen des Bauches und der Brust entwickelt hat. Bei der letzten Epidemie wurde die Infection durch mit inficirter Milch gekochtem Reispudding bewirkt; es gelang dem Verfasser, nachzuweisen, dass beim Kochen und späteren Backen des Puddings die Temperatur desselben im Durchschnitt 92° C. beträgt, nie aber 98° C. überschreitet; die Sporen des betreffenden Bacillus jedoch widerstehen selbst Temperaturen von 100° C. noch eine beträchtliche Zeit. Andrewes hält den Klein'schen Bacillus für den Erreger der epidemischen Diarrhoe, er fand ihn auch in allen tödtlich endenden Fällen von «englischer Cholera» und in fast allen Fällen heftiger und milder Diarrhoen, die er zu untersuchen Gelegenheit hatte.

G. Schorstein: **Ein Fall von angeborenem Mangel beider Schlüsselbeine.** (Ibid.)

G. Carpenter: **Ein Fall von Fehlen der Schlüsselbeine.** (Ibid.)

In beiden Fällen handelte es sich um junge Mädchen, die durch die Deformität so wenig in ihren Bewegungen behindert wurden, dass weder sie noch ihre Eltern eine Ahnung von dem Bestehen derselben hatten. Im zweiten Falle ist noch erwähnenswerth, dass sowohl der Vater wie auch 4 von den 6 Geschwistern der Patientin mehr oder weniger starke Deformitäten resp. Fehlen des einen oder beider Schlüsselbeine zeigten. Der Zustand ist ein bisher wenig beschriebener und sei hier noch besonders auf die vorzüglichen Abbildungen der Kranken sowie auf die von ihnen aufgenommenen Röntgenbilder hingewiesen.

Lacy Barritt: **Merkwürdige Schussverletzung des Schädels.** (Ibid.)

Vielen Lesern wird der häufig abgebildete Schädel aus der Sammlung der Harvard University bekannt sein. Dem Kranken

war zu Lebzeiten eine Eisenstange durch den Kopf gedrungen, ohne zu weiteren Störungen, als dem Verluste eines Auges zu führen. Einen ähnlichen Fall beschreibt und bildet Verfasser in der hier erwähnten Arbeit ab. Dem Jungen drang ein Ladestock vom Scheitel durch die Stirn; als man ihn auffand, war er benommen, gab aber auf Fragen Antwort. Obwohl sich ziemliche Mengen Gehirnes aus der Wunde entleerten, war doch die Heilung eine glatte und vollkommene.

Percival Mackie: **Fälle allgemeiner septischer Infection, die mit Antistreptococcenserum behandelt wurden.** (Brit. med. Journ. 21. Jan.)

Verfasser beschreibt des Genaueren 4 Fälle; zweimal ergab die bacteriologische Untersuchung eine reine Staphylomycosis, zweimal eine Mischinfection mit Staphylococcen und Streptococcen. Obwohl die Behandlung eine recht intensive war und grosse Mengen des Serums zur Verwendung kamen, war sie doch gänzlich erfolglos; die Einspritzungen wurden zwar gut ertragen, doch beeinflussten sie die Symptome in keiner Weise und schienen auch den Tod nicht aufzuhalten.

Lynn Thomas: **Der Werth der Handschuhe in der Chirurgie und die Reinigung der Hände.** (Ibid.)

Verfasser ist einer der sehr wenigen Chirurgen, die in England sich mit den neuesten Anforderungen an die Aseptik, wie sie von Mikulicz, Manteuffel und Anderen gestellt werden, beschäftigt haben. Zwar verwirft er die Kappe und vor Allem die Maske und glaubt, dass durch möglichst weniges Sprechen beim Operiren und consequente Nasenathmung die Infection durch den Mund ausgeschlossen werden könne, doch tritt er warm für die Anwendung sterilisirter Handschuhe ein. Er benutzt bei septischen Operationen sehr dünne Gummihandschuhe, die aber sehr theuer sind und zum Beispiel beim Anziehen der Ligaturen leicht reissen. Bei aseptischen Fällen gebraucht er die billigen Zwirnhandschuhe, die auch von der ganzen Assistenz getragen werden. In den 9 Monaten, seit er Handschuhe trägt, ist ihm keine Nahteiterung mehr vorgekommen. Er verwirft energisch die Waschung der Hände in den gewöhnlich üblichen Becken ob mit oder ohne Pedalbetrieb, da dieselben speciell am Abflussrohr sich nur schwer reinigen lassen. Er empfiehlt desshalb nach Art der Shampooeinrichtung construirte Schläuche, die es ermöglichen, auf einfache Weise das Mischen des kalten und warmen Wassers im Schlauche vorzunehmen. Die Waschung der Hände wird dann gewissermaassen in freier Luft vorgenommen unter stetem Zufluss des Wassers.

J. Beard: **Die wahre Bedeutung der Thymus.** (Lancet 21. Jan.)

Verfasser hat auf das Genaueste die Entwicklung der Thymus bei Raia batis studirt und hat Folgendes gefunden: Die Thymus wird vom Hypoblast gebildet und entsteht schon sehr frühzeitig, jedenfalls früher als irgend einer der Kiemengänge sich nach aussen öffnet. Aus den ersten Anlagen, die ein einschichtiges Epithellager bilden, entstehen bald mehrere Lagen und ein Theil dieser Epithelzellen wandelt sich in Leukocyten um, indem zuerst der Kern und dann die Zelle selbst von der ovalen in eine mehr runde Form übergeht. Zugleich nimmt der Kern eine excentrische Lage an. Ein Theil dieser neugebildeten Leukocyten verharrt an Ort und Stelle und vermehrt sich durch Theilung, so dass bald grössere und kleinere Haufen von Leukocyten im Epithel gefunden werden. Ein anderer Theil jedoch wandert aus und konnte Verfasser Schnitte finden, aus denen diese Auswanderung in das Mesoblast klar hervorgeht. Es sind dies die ersten Leukocyten, die im Organismus gebildet werden. (Kölliker wies schon 1879 nach, dass adenoides Gewebe aus epithelialen Zellen entsteht.) Mit dem allmähligen Wachsen der Embryonen und der Thymus werden mehr Leukocyten gebildet und zu einer gewissen Zeit treten sie dann auch im Blute auf, das bei allen Vertebraten in der ersten Zeit der Entwicklung ohne Leukocyten ist. Bei Embryonen von 28 mm Länge ist die Leukocytenproduction schon im vollen Gange und man sieht sie in Massen die Thymus durchbrechen und auswandern. Zu dieser Zeit ist lymphoides Gewebe an keiner andern Körperstelle zu finden. Nach Verfassers Ansicht hat er demnach den Beweis geliefert, dass die ersten Leukocyten aus dem Thymusepithel entstehen und dass es die Aufgabe der Thymus ist, diese Leukocyten zu bilden. Ist diese Aufgabe erfüllt, so geht das Organ wieder zu Grunde.

J. A. Coutts: **Belladonna in der Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder.** (Brit. med. Journ. 28. Jan.)

Verfasser hat seit längerer Zeit im grossen Kinderhospital zu Shadwell ausgedehnte Versuche mit der in der Ueberschrift erwähnten Behandlung unternommen, nachdem er durch Ringer's Arbeiten darauf aufmerksam geworden war, wie stark secretionsbeschränkend die Belladonna auf die Bronchien wirkte. Diese Wirkung des Mittels wird in einem der grossen Londoner Hospitäler regelmässig ausgenützt, indem es dort zur Routine geworden ist, nach längeren Narkosen Belladonna zu verabreichen, um die heftige Bronchialsecretion zu verhüten. Coutts behandelte 60 meist schwer kranke Kinder mit Belladonna und verlor nur zwei, während bei anderen Behandlungsarten die Mortalität eine bedeutend höhere gewesen war. Er benutzte das Extractum Belladonnae der englischen Pharmacopoe und gab es in Dosen von 1/4 Gran 3- bis 4stündlich. Diese grossen Dosen gab er auch Säuglingen. In zwei Fällen wurde leichtes, bald vorübergehendes Delirium beobachtet, in einigen weiteren Röthung der Haut oder scarlatinaähnlicher Ausschlag. Pupillenerweiterung wurde viel seltener als Hautröthung behandelt; nie führte die Behandlung zu länger dauernden Störungen.

Kanthack und Sladen: **Der Einfluss der Milchversorgung auf die Verbreitung der Tuberculose.** (Lancet 14. Jan.)

Es ist das die letzte Arbeit des vor kurzem verstorbenen jungen Bacteriologen der Universität Cambridge und war ursprünglich bestimmt, die erste einer langen Reihe von Untersuchungen über die Verbreitungsweise der Tuberculose zu sein. Die Verfasser untersuchten längere Zeit hindurch die sämmtliche Milch, die den «Colleges» von den verschiedenen Milchwirthschaften geliefert wurde. Die unter allen Vorsichtsmaassregeln entnommenen Proben wurden 5 Minuten lang bei 4000 Umdrehungen der Maschine centrifugirt und dann ein Theil der Thiere mit der abgeschiedenen Sahne, ein Theil mit dem Bodensatze inoculirt. Von 100 geimpften Meerschweinchen scheiden 10 aus, da Fehler vorgekommen sein können. Von den übrig bleibenden 90 starben 23 an Tuberculose und zwar 13 die mit Sahne, und 10 die mit Bodensatz geimpft worden waren

Die infectiöse Milch stammte aus 9 der 16 untersuchten Milchwirthschaften. In den eben beschriebenen Untersuchungen handelte es sich um gemischte Milch, die nächste Arbeit soll sich mit der Milchuntersuchung der einzelnen Kühe befassen. Auffallend in diesen Untersuchungen ist vor Allem auch, dass die durch Centrifugiren gewonnene Sahne noch so reichlich Tuberkelbacillen enthielt.

Lewis Jones: **Die Behandlung der Frostbeulen im elektrischen Bade.** (Ibid.)

Autor hat sowohl im Bartholomäus-Hospitale, dessen elektrische Abtheilung ihm unterstellt ist, als auch in der Privatpraxis mit dieser Behandlung die besten Erfolge erzielt, nachdem er zufällig bei paralytischen Kindern das Verschwinden von Frostbeulen nach elektrischen Bädern beobachtet hatte. Zwei Metallplatten stehen mit einem Inductionsapparate in Verbindung und werden an die beiden Enden eines gewöhnlichen Fussbades aus Steingut gestellt. Das Bad wird mit warmem Wasser gefüllt und badet Patient 10—15 Minuten lang vor dem Zubettgehen. Der Strom soll so stark angewandt werden, als Patient ihn vertragen kann. Nach 8tägiger Behandlung sind die Frostbeulen meist ganz verschwunden und kommen für längere Zeit nicht wieder.

Whitney: **Periodisches Erbrechen.** (Archives of Pediatrics Nov. 1898.)

Diese nicht häufige Erkrankung wurde zuerst 1882 von Leyden beschrieben, später von Snow und Anderen, sie kommt fast nur bei Kindern vor und besteht darin, dass in ganz regelmässigen Zwischenräumen von 2—3 Monaten nach einem Prodromalstadium von etwa 24 Stunden plötzlich heftiges Erbrechen auftritt, dabei besteht oft leichtes Fieber. Während des acuten Stadiums besteht oft Bewusstlosigkeit oder Delirium und ist die Krankheit von grosser Ermattung gefolgt, so dass die Kinder sich nur schwer wieder erholen können. Die Krankheit ist wahrscheinlich als Neurose des Magens aufzufassen, vielleicht ist sie bedingt durch Autointoxication mit Alloxurkörpern, wie Paraxanthin und Heteroxanthin, die bei solchen Kranken in grosser Menge nachgewiesen werden konnten Therapeutisch ist Ueberarbeitung zu vermeiden und auf reichliche Bewegung in frischer Luft zu sehen. Etwa bestehende Verstopfung ist zu beseitigen; Fisch ist dem Fleische vorzuziehen und reichlich Milch zu geben. Letztere kann mit einem der Lithiumwässer verdünnt werden, auch scheinen Salol und Salicylsäure manchmal von Nutzen. Im Anfall ist der Collaps zu bekämpfen.

R. W. Murray: **Die Behandlung des Klumpfusses.** (Pediatrics 1. Jan. 1899.)

Es ist am besten, wenn ein Klumpfuss so frühzeitig als möglich in Behandlung kommt, es gelingt bei ganz kleinen Kindern und leichteren Graden häufig, durch lange fortgesetzte Manipulationen die Deformität völlig zu beseitigen; bei etwas schwereren Fällen kann man die Massage noch durch Schienenbehandlung unterstützen, auch wird es oft nöthig sein, die Achillessehne und vor Allem die Fascia plantaris nebst der Kapsel des Astragalo-Scaphoidgelenkes subcutan zu durchtrennen. Nach Durchtrennung aller spannenden Faserzüge wird der Fuss übercorrigirt und in dieser Stellung im Gipsverbande fixirt. Der Verband wird alle 3 Wochen gewechselt und wird in günstigen Fällen nach 2 Monaten fortgelassen; die Mutter muss dann durch Massage den Fuss in guter Stellung zu erhalten suchen, doch muss das Kind von Zeit zu Zeit sich wieder vorstellen, damit eventuell ein neuer Gipsverband angelegt werden kann. 117 in dem letzten Jahre so behandelte Kinder konnten geheilt entlassen werden. Viel ernster liegt der Fall, wenn die Kinder mit ungenügend oder gar nicht behandeltem Klumpfuss schon gelaufen sind; dann sind es nicht nur die Sehnen und Bänder, die der Reduction Widerstand entgegensetzen, sondern auch die Knochen und dies wird mit zunehmendem Alter des Kindes immer schlimmer. In solchen Fällen machte Verfasser früher entweder die Excision des Astragalus oder die Phelps'sche Operation, oder versuchte auch das forcirte Redressement. Doch hat er alle diese Methoden verlassen und wendet jetzt nur noch die keilförmige Excision aus der Aussenseite des Fusses an. Die Operation ist ähnlich der von Davis

Colley 1875 zuerst beschriebenen und gibt, falls Primärheilung eintritt, vorzügliche Resultate, wie sich Verfasser in 52 zum Theil gut illustrirten Fällen überzeugen konnte.

A. R. Douglas: **Der besserungsfähige Blödsinnige; seine Erziehung und Zukunft.** (Journal of Mental Science. Jan. 1899.)

Verfasser schildert zuerst die Erziehung, wie sie in den grossen Blödenanstalten in Lancaster, Colchester, Exeter und Earlswood geleitet wird und die oft vorzüglichen Resultate, die erzielt werden. Leider ist es einer grossen Anzahl der Imbecilen, trotzdem sie Lesen, Schreiben und Rechnen sowie manches Andere gelernt haben, nicht möglich, eine Stelle zu finden, da sie entweder an Körperfehlern wie Grimmassenschneiden, Athetose, Lähmungen etc. leiden oder dass sie doch nicht genug Equilibrium haben, um ohne regelmässige Ueberwachung zu arbeiten, sondern bei erster Gelegenheit ihre Stelle verlassen und oft genug ständige Besucher der Gefängnisse werden. So wie die Verhältnisse jetzt liegen, hält Verfasser die Blödenschulen für ganz verfehlt, denn es ist weggeworfenes Geld und Zeit, diese Blöden zu erziehen, um sie dann, wenn ihr Termin abgelaufen ist, in die Welt zu schicken, wo ihnen die kundige und gütige Hand des Erziehers fehlt und wo sie fast ausnahmslos zu Grunde gehen. Er schlägt desshalb vor, solche Idioten, nachdem ihre Erziehung vollendet ist und sie irgend eine Beschäftigung erlernt haben, nicht frei zu entlassen, sondern in staatlichen Anstalten unterzubringen, wo sie unter sachgemässer Leitung fern von den Verhöhnungen etwaiger gesunder Mitarbeiter das Gelernte verwerthen können.

Jas. Middlemass: **Die Behandlung der Geistesstörungen mit Schilddrüsentabletten.** (Ibid.)

Verfasser gibt in obiger Arbeit genauere Mittheilung über eine Anzahl von Geisteskranken, die er im Edinburgh Asylum mit Thyreoidin behandelt hat. Vor Beginn der Behandlung muss eine genaue Untersuchung des Kranken stattfinden und sind z. B. Fälle, die auch nur leichte Symptome von Tuberculose zeigen, unbedingt auszuschliessen, da Tuberculose äusserst ungünstig durch Schilddrüsenpräparate beeinflusst wird. Ebenso sind organische Herzleiden, wenn nicht ganz von der Behandlung auszuschliessen, so doch mit grösster Vorsicht zu beobachten. Meist wurden 4 Tabletten gegeben, was 4,0 Drüse entspricht. In manchen der Fälle wurden erhebliche Temperatursteigerungen (bis zu 4° C.) nach dem Gebrauche des Mittels beobachtet. In jedem Falle ging die Pulsfrequenz in die Höhe und wurde der Puls kleiner. Die Wirkung des Mittels ist zweifellos eine cumulative und muss desshalb besonders der Puls genau controlirt werden. Meist tritt schon nach 6 Tagen der gewünschte Erfolg ein, wenn er überhaupt eintritt. Das Mittel hat in sehr vielen Fällen einen deutlichen Einfluss auf den Geisteszustand, doch ist es bisher nicht möglich, zu sagen, welche Fälle die meiste Aussicht auf Besserung oder Heilung durch dieses Mittel haben.

Geheilt wurden mit Ausnahme eines Falles nur Melancholische im Alter von 24—35 Jahren; bei den Besserungen schwankte das Alter in weiteren Grenzen. Frauen scheinen mehr Aussicht auf Heilung zu haben als Männer. Selbst scheinbar hoffnungslose Fälle werden oft beträchtlich gebessert. Es scheint, als ob dem Mittel eine grosse diagnostische Bedeutung zukäme; werden Patienten günstig durch Thyreoidin beeinflusst, so haben sie überhaupt Hoffnung auf Besserung oder Heilung, im anderen Falle nicht. In keinem Falle führte das Mittel eine Verschlechterung des Zustandes herbei. (Die hier refer. Arbeit ist die Ausarbeitung eines Vortrages, der am 12. October 1898 in Derby gehalten wurde. In der Discussion berichtete Dr. Legge und Dr. Macphail über ähnlich günstige Resultate, die sie bei einer grossen Anzahl von Frauen beobachtet hatten, Männer werden nur selten beeinflusst. Stimmen ihre Beobachtungen über Besserung und Heilung mit denen von Middlemass überein, so halten sie doch die Behandlung für gefährlicher wie er, da sie sehr unangenehme Collapserscheinungen beobachtet haben. Greenwood glaubt, dass das dem Thyreoidengebrauch folgende Fieber für die Besserungen verantwortlich sei; eine Behauptung, die von Middlemass energisch bestritten wurde. D. Referent.)

W. Waldo van Arsdale: **Die Behandlung der Intestinallähmung bei Peritonitis durch Enterostomie.** (Annals of Surgery. Januar 1899.)

Verfasser verfügt über eine grosse Anzahl von Operationen bei allgemeiner Peritonitis und glaubt, dass man beginnende Peritonitis mit Abführmitteln und unter keiner Bedingung mit Opiaten behandeln müsse. Ob bei Operationen die Bauchhöhle nach Auspacken der Därme auszuwaschen ist oder ob nur geöffnet, getupft und drainirt werden soll, das kommt ganz auf den Einzelfall an und kann nicht in Regeln gekleidet werden. Von 23 aufeinanderfolgenden Fällen allgemeiner Peritonitis brachte er 14 durch. Das gefährlichste Symptom ist Tympanie, die die zunehmende Darmlähmung anzeigt; in solchen Fällen gelingt es selten mehr, durch Abführmittel, Klysmen oder Darmrohre Gase und Flüssigkeit aus dem Darme zu entleeren. Verfasser empfiehlt desshalb in solchen Fällen nicht lange zu zögern, sondern bald einen künstlichen After anzulegen und den Darm auf diese Weise zu entleeren. Vier auf diese Weise operirte Fälle genasen.

A Jacobs: **Ergotin bei chronischer Malaria.** (Medical News. Januar 1899.)

Verfasser ist ein warmer Vertheidiger des Ergotins, das ihm in 40jähriger Praxis viele Fälle von Malaria geheilt hat, in denen Chinin und Arsenik ohne Wirkung geblieben waren. Ist die Vergrösserung der Milz noch nicht zu alt, so verkleinert sich das Organ in kurzer Zeit, doch hören die Fieberanfälle schon früher auf. Die Plasmodien verschwinden langsamer aus dem Blute, als unter Chiningebrauch. Bleiben nach der Verkleinerung der Milz unter Ergotingebrauch noch leichte Fiebersteigerungen zurück, so ist es oft wünschenswerth, dann noch einmal Chinin zu versuchen, das dann gewöhnlich hilft.

Albert Abrams: **Eine einfache Methode, Aphonie zu heilen.** (Therap. Gazette. Nov. 1898.)

Dysphonie und Aphonie bei Laryngitis wird nach Abrams, der diese Methode seit 6 Jahren betreibt, am besten auf folgende Weise beseitigt: Man markirt auf dem Halse des Patienten ungefähr die Stellen, wo die Nervi laryngeales super. durch die Membr. Thyreohyoidea hindurchtreten. Auf diese Stellen lässt man den Strahl eines Chlormethyl- oder Rhigolenesprays bis zum Gefrieren einwirken. Die Besserung ist meist augenblicklich und können die Patienten leicht und klar sprechen Manchmal dauert die Besserung nur kurze Zeit, dann muss die Procedur noch ein oder mehrere Male wiederholt werden. Auch bei Laryngismus stridulus hatte Verfasser gute Resultate.

Moncorvo: **Die Behandlung der Chorea.** (Paediatrics. 15. Oct. 1898.)

Autor gibt bei der Behandlung der Chorea den neueren Mitteln wie Antipyrin, Exalgin, Asaprol und Analgen den Vorzug. Namentlich letzteres Mittel hat ihm vortreffliche Resultate gegeben, wenn es in Dosen von 2 bis 8 Gramm innerhalb der 24 Stunden gegeben wurde. Auch äusserst chronische Fälle heilten zwischen 18 und 50 Tagen. J. P. zum Busch-London.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Kiel**. Januar 1899.

1. Durlacher Max: Beitrag zur Kenntniss der symmetrischen Missbildungen an Händen und Füssen mit Vererbung (1898).
2. Durlacher Hermann: Beitrag zur Behandlung der Haemorrhoïden mit Injection von Carbolglycerin (1898).
3. Schmidt Friedrich: Zur Frage der Ursachen des angeborenen Schiefhalses (1898).
4. Hartmann Wulf: Einklemmung von Darmschlingen in operative Mesenterialspalten.
5. Röschmann Hermann: Fünf Fälle von Ulcus ventriculi mit Betheiligung des Oesophagus und Duodenums.

Universität **Rostock**. 1. Januar bis 15. Februar 1899.

1. Hoehne Ottomar: Beiträge zur Kenntniss des Tastsinnes der Haut und der Schleimhäute, besonders in der Medianlinie des Körpers.
2. Nieny C.: Zur Pathologie und Therapie der Halskiemenfisteln.
3. Oertzen Friedrich: Ueber das Vorkommen von Pneumococcen auf der normalen menschlichen Bindehaut, nebst Beiträgen zur Kenntniss der Wundinfectionen des Auges.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 15. Februar 1899.

Demonstrationen:

Herr **Wallenstein**: Ein Kind mit ungewöhnlich schweren **Missbildungen.**

Herr **Gluck**: Einen Mann, dem er den **Kehlkopf** exstirpirt hatte und der nun durch ein höchst einfaches und sinnreiches Verfahren sprechen kann. Nach querer Durchtrennung der Trachea und Exstirpation des Larynx wurde erstere mit ihrer ganzen Peripherie in die Wunde eingenäht, also die Trachea nach oben abgeschlossen. Patient ist demnach im Stande, ohne Canüle zu athmen. Will er sprechen, so wird ein mit einem Ventil versehener Gummischlauch mit dem einen Ende in die Trachea, mit dem anderen durch die Nase in den Schlund eingeführt. Der Exspirationsstrom bringt hier eine durch die Schleimhaut des Schlundes gebildete falsche Glottis zur Phonation und ermöglicht damit dem Patienten eine, wenn auch nicht sehr deutliche Sprache ohne künstlichen Kehlkopf.

Herr **Rubinstein**: Einen jungen Mann, der nach Heben einer schweren Last eine acute Anschwellung des Scrotums bekommen hatte. Es waren früher einmal die rechtsseitigen Leistendrüsen exstirpirt worden und bestand eine chronische Gonorrhoe sowie Ekzem am Scrotum. R. nennt diese Affection, wie auch schon in einem früheren Falle, **acute Elephantiasis.**

In der Discussion weist Herr Meissner mit Recht darauf hin, dass es ganz unstatthaft ist, nach achttägigem (!) Bestehen der Krankheit von Elephantiasis zu sprechen. Es handele sich einfach um Oedem.

Sodann trat die Gesellschaft in die **Tagesordnung** ein, als erster Punkt stand:

1. Abstimmung über den beim Vorstand der Gesellschaft gestellten Antrag der Herren Zadek und Freudenberg auf Einberufung einer ausserordentlichen Generalversammlung. Die Antragsteller schlagen für die Tagesordnung dieser ausserordentlichen Generalversammlung folgenden Antrag vor:

Die Berliner medicinische Gesellschaft wolle beschliessen, dem ersten Satze des § 4 der Satzungen folgende Fassung zu geben: «Ordentliche Mitglieder der Gesellschaft können alle in Berlin oder dessen Umgebung wohnhafte approbirte Aerzte oder Aerztinnen oder rite promovirte Doctores medicinae werden.»

Der Vorstand hat in Verbindung mit dem Ausschuss sich der Begutachtung des gestellten Antrages unterzogen.

Vorstand und Ausschuss rathen der Gesellschaft einstimmig an, die Einberufung einer ausserordentlichen Generalversammlung zu diesem Zwecke abzulehnen.

Bei der principiellen Wichtigkeit der Angelegenheit haben wir diesen Punkt der Tagesordnung in seiner ganzen Länge wiedergegeben. Als man nun in seine Berathung eintreten wollte, wies Herr Zadeck nach, dass der Antrag des Vorstandes nicht statutengemäss sei, und dass über den Antrag «Zadek und Freudenberg» nicht das Plenum, sondern nur der Vorstand allein zu befinden habe. In Folge dessen zog der Vorstand diesen Punkt der Tagesordnung zur nochmaligen Berathung zurück.

Discussion über die Vorträge des Herrn **R. Virchow: Rachitis und Hirnanomalie** und des Herrn **Hansemann: Rachitische Mikrocephalie.**

Herr Stöltzner hat die Frage nach dem Beginne der Rachitis an 32 Fällen studirt und fand die R. bei sehr jungen Kindern (in den ersten beiden Monaten) relativ selten, sein jüngster Fall betraf ein 4 Wochen altes Kind. In der Beurtheilung der Fälle, die in der Literatur als foetale Rachitis beschrieben worden sind, schliesst sich St. mit Entschiedenheit denjenigen Autoren an, welche diese sogenannte foetale Rachitis als foetalen Cretinismus auffassen. Er begründet diese Auffassung des Näheren und schlägt für diese Krankheit die Bezeichnung «foetales Myxoedem» vor, in Analogie zu den Fällen von «infantilem Myxodem». Demonstration von mikroskopischen Präparaten.

Herr Heubner: Zu dem von Virchow demonstrirten Falle bemerke er noch, dass das 4jährige Kind aus gesunder Familie stammt, aber schon vom 6. Lebensjahre an an Krämpfen litt, welche bis zum Tode mit Unterbrechungen auftraten. Das Kind nahm geistig nicht zu, war blind und zwar rindenblind; auch Taubheit scheint bestanden zu haben; ferner bestand eine schlaffe Lähmung der Extremitäten, so dass das Kind immer stumpf dalag. Nach H.'s Meinung war die Hirnsklerose das Primäre, der Hydrocephalus das Secundäre. Secundäre Degenerationen im Rückenmark fanden sich nicht.

Dass die rachitischen Knochenveränderungen nicht durch ein Weichwerden der Knochen, sondern durch ein Nichthartwerden zu erklären seien, wie Virchow nochmals betonte, wolle er noch erwähnen, da neuerdings der Versuch gemacht worden sei, an dieser Lehre zu rütteln. Nur in vereinzelten, ganz schweren Fällen finde auch eine Resorption statt.

Herr A. Baginsky tritt ebenfalls für letzterwähnte Ansicht ein und erklärt sich bezüglich der congenitalen Rachitis gegen die Ansicht von Kassowitz, dass die Krankheit bei ganz jungen Kindern häufig, ja angeboren sei. Zwar kommen solche Fälle vor, doch zeigen diese Kinder immer sehr bald einen ausgesprochenen Cretinismus; Makroglossie, schlechte Entwickelung der Musculatur, geringes Lungenwachsthum, psychische Abnormitäten deuten bald auf die Anomalie hin. Die Makrocephalie bei Rachitikern sei immer nur eine scheinbare; in Wirklichkeit blieben diese Schädel immer noch hinter den Maassen normaler gleichaltriger Kinder zurück. H. K.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 17. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Simmonds. Schriftführer: Herr Justi.

(Schluss.)

Herr **Nocht: Ueber Malaria.** (Mit Demonstration).

Nach allgemeinen Bemerkungen über die Stellung der Malariaparasiten im zoologischen System werden die unter 14 Mikroskopen aufgestellten Präparate erläutert, welche den Entwickelungsgang der Malariaparasiten im menschlichen Körper, und zwar die der Parasiten des Tertian- und Quartanfiebers aus der echten Tropenmalaria veranschaulichen. Die Präparate waren nach der von Romanowsky angegebenen Methode gefärbt, bei welcher ein Theil des sonst ungefärbt bleibenden Kernes der Parasiten mit rother oder violetter Farbe sichtbar wird. Ueber diese Methode und die von Ziemssen u. A. angegebenen Verbesserungen derselben wird kurz berichtet, und dann auf die eigenen Beobachtungen des Vortragenden hierüber eingegangen, aus denen hervorgeht, dass diese specifische Färbung durch polychrome Componenten und Umsetzungen des Methylenblau bedingt wird, welche sich bei Gegenwart von Eosin bilden. Die Methode gelingt desto sicherer, wenn man der von Romanowsky u. A. angegebenen, in ihrer specifischen Wirkung sehr unzuverlässigen Eosinmethylenblaumischung von vornherein polychromes Methylenblau (Unna) zusetzt. Nach der Hervorhebung der unterscheidenden Merkmale der drei vorgeführten Parasitenarten und der Besprechung der Natur der Halbmonde, die wahrscheinlich als im Körper nicht weiter entwickelungsfähige Gebilde anzusehen seien, wird darauf hingewiesen, dass man es bei den Theilungsformen der Parasiten wahrscheinlich nicht mit Sporen, sondern gleich mit den neugebildeten und freigewordenen Jugendformen selbst zu thun habe. Ferner sei aus vielen mikroskopischen Präparaten zu ersehen, dass die Parasiten wahrscheinlich nicht in, sondern nur auf den Blutkörperchen sitzen. Es sei daher nicht ganz correct, von endoglobulären Parasiten zu sprechen. Ebensowenig könnten die Jugendformen als Siegelringe bezeichnet werden, da diese Ringe einen Kern, der z. Th. färbbar sei, einschliessen. Niemals wurden intacte Parasiten in den weissen Blutkörperchen oder frei im Serum gefunden.

Während bei uns nur Infectionen mit Quartan- und Tertianparasiten vorkommen, werden in wärmeren Himmelsstrichen am häufigsten die kleinformigen, echten Tropenparasiten gefunden. Daneben kommen aber auch dort Tertian- und Quartaninfectionen vor. Uebergänge zwischen den einzelnen Arten wurden noch nie beobachtet. Dies sei von principieller Bedeutung, weil die Malaria irrthümlich als Beispiel dafür angeführt worden sei, dass manche der bei uns heimischen, pathogenen Mikroorganismen durch den Einfluss des Tropenbodens einen malignen Charakter annehmen könnten. Ueber die relative Häufigkeit des Vorkommens der 3 Malariaarten in den Tropen (Tertian-, Quartan- und echter Tropenparasit) existiren bisher nur Angaben von Koch für Ostafrika, nach denen dort die Tertiana 10 Proc., die echte Tropenform 90 Proc. aller Infectionen ausmacht. Die von dem Vortragenden in Hamburg beobachteten Recidive bei Patienten (in den letzten 3 Jahren über 250 Fälle) stammen zumeist aus Westafrika und Westindien. Die aus Westafrika stammenden Fälle waren zu 11 Proc. durch den gewöhnlichen Tertianparasiten, zu 89 Proc. durch die echten Tropenparasiten bedingt, unter den westindischen Fällen waren dagegen 40 Proc. Infectionen mit dem Tertianparasiten.

Während der Fieberverlauf der Tertiana und Quartanainfection überall derselbe zu sein scheint, lauten die Beobachtungen über die Fieberwirkung der echten Tropenparasiten so abweichend, dass man z. Th. verschiedene Formen davon unterschieden hat, nämlich Tropenparasiten mit quotidianer, mit tertianer und mit unregelmässiger Entwickelung. Koch hat für Ostafrika gezeigt, dass die dortigen echten Tropenparasiten einen tertianen Entwickelungsgang haben, dass aber die Anfälle meist länger sind, als beim heimischen Fieber und häufig durch Remissionen (des Morgens) unterbrochen werden. Denselben Typus hat Bignami für die Herbstfieber in Italien festgestellt. Die Frage, ob dieser Entwickelungsgang und die dadurch bedingte eigenartige Fiebercurve auch bei den in anderen tropischen Gegenden einheimischen, kleinformigen, echten Tropenparasiten in ausgebildeten Fällen als Regel anzusehen ist, kann Vortragender nach seinen Beobachtungen an den aus Westafrika und Westindien stammenden Recidiven in bejahendem Sinne beantworten. Er fand bei mehr als dem 4. Theil der durch Tropenparasiten inficirten Seeleute, welche hier noch mehrere Fieberanfälle hatten, diesen Tertiantypus, daneben kommen aber auch kürzere Anfälle im Tertiantypus, wie bei der heimischen Tertiana, und tägliche, kurze Fieberanfälle vor (duplicirte Tertiana).

Man bezeichnet gewöhnlich die echte Tropenform der Malariaparasiten als maligne im Gegensatz zu der benignen, heimischen Malaria. Das gilt aber nach den Erfahrungen des Vortragenden nicht mehr für die hier beobachteten Recidive der Tropenmalaria. Und bei den Primärerkrankungen in den Tropen selbst sei auch noch nirgends festgestellt, ob nicht der grossformige, dem heimischen gleiche Tertianparasit doch unter Umständen dieselbe Mortalität bedingt, wie die echte Tropenform. In unserem Klima heilen gerade die echten Tropenfieber vielfach ganz von selbst und können fast in jedem Falle leicht mit kleinen Dosen von Chinin bekämpft werden, während die Infection durch die unseren einheimischen gleichen, grossformigen Tertianparasiten immer grosse Dosen Chinin zur rechten Zeit erfordern. Auch sei die Verhütung von Rückfällen bei dieser Form viel schwieriger und unsicherer, als bei der echten Tropenform.

Discussion: Auf eine Anfrage des Herrn Michael nach der Grösse der Milz bei der tropischen Malaria erklärt Herr Nocht, dass er den Milztumor bei der tropischen Malaria meistens weich, nicht erheblich, oft kaum palpabel gefunden habe. Möglicherweise liege das daran, dass die Infection in der Regel auf der Rückreise aus den Tropen stattfindet und desshalb noch frisch ist.

Auf die Frage des Herrn Delbanco nach dem Wesen des Schwarzwasserfiebers antwortet Herr Nocht, dass er es noch nicht selbst beobachtet habe.

Herr Schottmüller hat kürzlich einen Fall von Haemoglobinurie beobachtet. Der Patient bekam am 14. fieberfreien Tag, nachdem er täglich 1,5 g Chinin genommen hatte, einen Frost ohne Fieber und ohne positiven Plasmodienbefund. Der darauf entleerte Urin war dunkel fleischwasserfarbig und enthielt Haemoglobin, keine rothen Blutkörperchen. Das Chinin wurde weiter gegeben, die Haemoglobinurie kehrte nicht wieder.

Vortragender ist der Ansicht, dass die Ringe in der Regel in, nicht auf den rothen Blutkörperchen liegen, weil keine Niveaudifferenzen festzustellen sind.

Die Halbmonde hält Vortragender nicht für eine prognostisch günstige Erscheinung; man beobachtet nicht selten Halbmonde im Blute bei Kranken, die bald darauf von Fieber befallen werden und dann allerdings auch Ringe aufweisen. Sie sind wahrscheinlich Sporenträger, aus denen sich Ringe entwickeln können.

Unter den Erscheinungsformen der tropischen Malaria sind noch continuirliche hohe Fieber (ähnlich wie bei Typhus), die 8—10 Tage anhalten können, hervorzuheben.

Um Recidive zu vermeiden, muss man Chinin noch wenigstens 3 Wochen weitergeben.

Auf die Hebung des Allgemeinzustandes der Patienten ist grosses Gewicht zu legen. Es muss die frühere Körperfülle und der Haemoglobingehalt des Blutes wieder hergestellt sein.

Bei der tropischen Malaria hat Vortragender fast immer grosse derbe Milzen gefunden. Die bisweilen in der Milzgegend auftretenden Schmerzen dürften auf Perisplenitis beruhen; man hört in solchen Fällen nicht selten Reiben.

In 2 Fällen hat Vortragender eine während des Fiebers entstandene Endocarditis beobachtet, welche beidesmal in einen Herzklappenfehler ausging.

Herr Rumpf: Die in Eppendorf übliche Methode der Chininbehandlung besteht darin, dass nach der Feststellung des Typus 6 und 3 Stunden vor dem Eintritt des Frostes je 1 g Chinin gegeben wird.

Bei dem unregelmässigen Fieber gibt Vortragender 0,5 Chinin Morgens und Mittags oder einmal täglich 1 g Chinin.

Häufig kommen Fälle tropischer Malaria in's Krankenhaus, um gleich zu entfiebern, und um nach kürzerer oder längerer Zeit zu recidiviren in der Form der Intermittens oder der Continua. Der früher als irregulär, seit den Untersuchungen von Koch und von Herrn Nocht als regulär angesehene Tropentypus ist von dem Vortragenden vielfach beobachtet worden.

Herr Rumpel stellt an den Vortragenden die Anfrage, ob er sich für berechtigt halte, bei einem klinisch ausgesprochenen Malariafall, bei welchem eine wiederholte und gründliche Untersuchung keine Plasmodien erkennen liess, die Diagnose Malaria auszuschliessen. R. kennt Fälle, die sowohl ihrer Provenienz wie nach dem klinischen Verhalten, insbesondere auch nach prompter Chininwirkung als zweifellose Malariaerkrankungen angesprochen werden mussten, bei welchen niemals — auch im Anfalle nicht — Plasmodien zu constatiren waren. Noch zweifelhafter ist der mikroskopische Befund nach R's. Ansicht bei den klinisch nicht ausgesprochenen Malarien, bei den abklingenden und den larvirten Formen, so dass leider häufig ein unsicherer klinischer Fall durch die Blutuntersuchung nicht klarer wird. — Die obige Anfrage hat eine nicht geringe praktische Bedeutung, da bekanntlich manche occulte Abscesse, namentlich Leberabscesse tropischer Herkunft, selbst Gallenstein- und Nierensteinkoliken gelegentlich als Malarien imponiren können. — Bezüglich der diagnostischen Verwendung der einzelnen Plasmodienformen, speciell der Verwerthung der sogenannten Halbmonde zu günstiger Prognose, kann R. mit dem Vortragenden nicht übereinstimmen, dagegen möchte er die klinischen Beobachtungen desselben durchaus bestätigen. Die Milztumoren sind häufig nicht sehr gross, nicht palpabel, und eine nicht geringe Anzahl unserer aus den Tropen zurückkehrenden Kranken mit selbst schweren Fieberanfällen heilt bei einfacher Bettruhe vollkommen aus: bei anderen Kranken genügen häufig ganz mässige Chiningaben von 0,05—0,1 g, die R. experimenti causa gelegentlich gegeben hat. — Bei Fällen, welche auf richtige Anwendung des Chinin während 5—6 Tagen überhaupt nicht reagiren, kann man die Diagnose Malaria fallen lassen selbstverständlich gilt das nur von den hier in Behandlung kommenden Kranken.

Herr Franke fragt, ob in den zahlreichen Fällen des Herrn Nocht regelmässig der Augenhintergrund untersucht worden sei. Vortr. hat längere Zeit im Seemannskrankenhaus diese Untersuchungen vorgenommen. Die dabei beobachteten Blutungen waren entweder feine spritzförmige Haemorrhagien in der Peripherie oder flächenhafte in Rechteck- oder Dreieckform; in allen Fällen wurden die Blutungen völlig resorbirt.

Herr Schottmüller hat häufig Blutungen am Augenhintergrund gesehen, die er aetiologisch mit denjenigen bei hochgradigen Anaemien gleichstellen möchte.

Herr Franke: Bei einfachen Anaemien findet man sehr selten Haemorrhagien, und zwar nur spritzförmige. Bei perniciöser Anaemie werden auch flächenhafte beobachtet.

Die Haemorrhagien bei der Malaria hängen seiner Ansicht nach mit dieser Erkrankung direct zusammen.

Herrn Engelmann gegenüber erklärt Vortr., dass die Blutungen nicht von dem Chinin herrühren; dass im Gegentheil durch Chinin höchstens eine Ischaemie der Retina verursacht wird.

Herr Nocht betont Herrn Schottmüller gegenüber, dass man bei der ausserordentlich zarten Beschaffenheit der Plasmodien aus dem Fehlen einer Niveaudifferenz zwischen dem Parasiten und dem rothen Blutkörperchen nicht den Schluss ziehen dürfe, dass die tropischen Ringe innerhalb der rothen Blutkörperchen liegen.

Die Halbmonde hält Vortr. für unwirksam; im Fieber finden sich neben den Halbmonden immer Ringe.

Die Febris continua (auch bei nächtlicher Messung constatirt) ist eine sehr seltene und besonders schwere Infection (duplicirte protrahirte Form).

Um Recidive zu verhüten, gibt Vortr. nach dem Vorgange Koch's längere Zeit jeden 3. Tag 1 g Chinin, hat aber auch damit schon Misserfolge gehabt. Tägliche Chinindosen reizen die Nieren und vermögen Recidive ebenfalls nicht mit Sicherheit zu verhüten.

Was die Anfrage des Herrn Rumpel anlangt, so ist es nach den bisherigen Erfahrungen geboten, bei negativem Blutbefunde, natürlich die nöthige Uebung und öfter wiederholte Untersuchung vorausgesetzt, Malaria auszuschliessen, auch wenn die Fiebercurve dem Bild der Malaria entspräche. Im weiteren Verlauf sei in solchen Fällen sicher auf das Hinzutreten anderer Erscheinungen zu rechnen, die zu der richtigen Diagnose hinleiten dürften.

Naturhistorisch-Medicinischer Verein Heidelberg.

Medicinische Section.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Februar 1899.

Herr Professor Czerny: Ueber Mikrocephalie und die Lannelongue'sche Operation.

Bekanntlich hat Lannelongue auf Grund der Annahme, dass die Mikrocephalie und die dadurch bedingte Idiotie durch vorzeitige Synostose der Schädelnaht zu Stande komme, die Craniotomie im Jahre 1891 empfohlen und hoffte, dass sich durch diese Operation das Gehirn besser entwickeln werde. Obgleich in den ersten Jahren die Mittheilungen über die Operation reichlich flossen und ziemlich erfreulich lauteten, so ist es in der chirurgischen Literatur des Jahres 1898 ganz still geworden über diese Frage. Man begnügte sich Anfangs nicht allein mit der linearen Craniotomie zu beiden Seiten des Sichelblutleiters, sondern suchte auch durch circuläre, quadratische oder lappenförmige Umschneidungen das knöcherne Schädeldach beweglicher zu machen, damit es dem vermehrten Wachsthumsdrucke des Gehirnes nachgeben könne. Ich wundere mich, dass man nicht auch systematisch die Dura mater gespalten hat, um dem Gehirne Platz zu schaffen, was in einem Falle von Spanbock geschehen ist. Bourneville sammelte schon 1893 83 Fälle von Craniotomien und behauptet, dass die Erfolge der Operation zweifelhaft, die Annahme der vorzeitigen Synostose nicht richtig sei. Tillmanns wollte die Operation bloss auf die Fälle vorzeitiger Synostose beschränken, gibt aber nicht an, wie man diese von den primären Hemmungsbildungen des Gehirnes unterscheiden soll. Noch 1897 berichtet Dana über 12 Fälle, von denen 3 gestorben, 3 ge-

bessert sind, während bei den Uebrigen kein Erfolg erzielt wurde.

Ich stelle hier 2 Mikrocephalen vor:

Einen Knaben von 4 Jahren aus Weinheim, welcher mir zur Operation gebracht wurde, weil er seine Geschwister beisst und Alles unter sich lässt. Das Kind scheint sonst gut entwickelt, macht oft ein freundliches Gesicht, blickt und greift nach glänzenden Gegenständen, geht ziemlich ohne Hilfe, wenn auch unsicher. Merkwürdig ist, dass es in wenig Tagen das Gehen verlernte, da es in der Klinik im Bette gehalten werden musste. Der Schädel ist auffallend klein, Umfang 42,5, Durchmesser 12 (interparietal) bis 14 (frontooccipital) cm. Die Fontanellen und Nähte verwachsen. Die Stirne ist niedrig und steht zurück, Nase und Mund springen stark vor. Das Gesicht scheint normal, das Gehör mangelhaft zu sein. Die Sprache zeigt kaum Lallen.

Das Kind schreit auch nicht, wenn man es kneift und macht bloss unwillige Bewegungen. Es greift nach allen Gegenständen und führt Flüssigkeiten zum Munde, gleichgiltig, welcher Natur sie sind. Stühle und Urin werden in das Bett gelassen.

Der 2. Fall ist ein Mädchen von 12 Jahren aus Reichartshausen. Dasselbe kam zuerst am 23. I. 1894 in die Klinik.

Am 26. I. wurde zuerst links und am 2. III. 1894 rechts eine lineare Craniotomie von 12—13 cm Länge und ½—1 cm Breite vorgenommen. Die Wundheilung erfolgte beide Male ohne Störung. Die Narben sind jetzt noch tief eingesunken, aber wie es scheint verknöchert. Der Umfang ist höchstens um ½ cm (auf 48,5) gestiegen. Der Intellect ist genau auf demselben weniger als thierischen Zustande wie vor der Operation. Allein ein gewisser Sinn für Melodie ist vorhanden, da sie leise Töne vor sich hinsingt, die fast wie «die letzte Rose» klingen. Wenn sie Kopfschmerzen hat, was vor der Operation bis jetzt geblieben ist, schlägt sie mit der linken Faust auf den Schädel, manchmal auf den Nasenrücken. Während das erste Kind sich selbst füttert, erfordert bei diesem Kinde die Ernährung eine unsägliche Mühe.

Es ist also in diesem Falle gar kein Nutzen von der Operation zu verzeichnen. Ich habe desshalb auch bei dem ersten Kinde auf die Operation verzichtet. Es wäre schade, wenn die Lannelongue'sche Operation sich ohne Sang und Klang im Sande verliefe. Ich halte es für dringend nothwendig, jetzt nach Ablauf mehrerer Jahre die Fälle genau zu untersuchen und festzustellen, ob und in welchen Fällen ein gewisser Nutzen erzielt zu sein scheint. Ich sage scheint, weil es noch zweifelhaft bleiben wird, wie viel die Operation und wie viel die natürliche Entwickelung und Erziehung bei der Besserung mitgeholfen haben. Selbst wenn das Resultat der Operation als ganz negativ sich herausstellen sollte, so würde damit doch dauernd das Märchen von der primären Synostose und dem dadurch bedingten Zurückbleiben der Gehirnentwickelung beseitigt sein. Wenn sich aber Besserungen nachweisen lassen, so wäre es dankenswerth, diejenigen Fälle kennen zu lernen, bei welchen eine sorgfältige Indicationsstellung und vielleicht eine verbesserte Technik doch etwas nützen können. Bei dem traurigen Schicksal dieser Idioten wäre jeder kleine Fortschritt freudig zu begrüssen.

Herr **Weygandt**: **Ueber das manisch-depressive Irresein.**

Vortragender berührt die Entwicklung der Begriffe Manie und Melancholie und weist darauf hin, dass nach Absonderung aller Krankheitsbilder der Tobsucht und Schwermuth, die anderen Krankheitsprocessen, so z. B. den Anfangsstadien mancher Paralysen oder den Verblödungsprocessen angehören, doch eine grosse, mehr weniger scharf umschriebene Gruppe von Fällen übrig bleibt, die sich charakterisiren lassen als anfallsweise auftretende Erkrankungen unter dem Bild einer durch bestimmte Eigenschaften ausgezeichneten Erregung oder Depression oder einer Mischung von Symptomen dieser beiden Formen; der einzelne Anfall kommt, vielfach nach einem Umschlag des äusseren Bildes in eine der anderen Formen, zur Heilung, hinterlässt aber die Neigung zur Wiedererkrankung unter demselben oder irgend einem andern Bild aus dem Bereich jener bestimmt gearteten Erregung oder Depression oder einer Mischung von beiderseitigen Symptomen. Ueber die Ursachen wissen wir nur so viel, dass die Erblichkeit eine wichtige Rolle spielt, mehr als bei anderen Psychosen. Ein Theil der Patienten fiel schon in der Jugend durch absonderliches Verhalten auf. Die Periodicität ist nicht aufgeklärt, nur könnte man auf physiologische Analogien, wie Schlaf, Menstruation, Brunstzeit der Thiere u. A. hinweisen. Bei vielen Anfällen werden auslösende Gelegenheitsursachen berichtet, doch werden manchmal bei demselben Patienten für ganz ähnliche Anfälle die heterogensten Anlässe angegeben; Gravidität, Puerperium, Lactation und Menopause verstärken die Neigung zum Ausbruch eines Anfalls.

Die wesentlichsten Symptome der manischen Phase sind gehobene Stimmung, psychomotorische Erregung und Ideenflucht. Damit hängt die Ablenkbarkeit und Erregbarkeit zusammen, während Auffassung, Besonnenheit und Orientirung meist gut erhalten sind. Nur ganz schwere Erregungszustände sind mit Verwirrtheit verbunden. Sinnestäuschungen und Wahnideen oft ganz absurder Art schliessen die Diagnose eines manischen Zustandes nicht aus. In der Depression finden wir als die 3 wesentlichsten Symptome auf dem Gebiet des Affects die traurige Verstimmung, auf dem der Psychomotilität die Hemmung, auf dem der associativen Vorgänge die Denkhemmung. Jedes der verschiedenen Symptome kann, ebenso wie in der Manie, nach der Intensität sehr verschieden auftreten. Desgleichen stossen wir auf mannigfache qualitative Nüancirungen. Es finden sich nun ferner Fälle, in denen Symptome aus der manischen Phase mit solchen aus der depressiven verbunden auftreten, also eine Mischung einzelner Züge der zwei verschiedenen Bilder zu einem einzigen stattfindet; vor Allem, wenn nicht nur einzelne Tage im Krankheitsverlauf derart verändert sind, sondern ein ganzer Anfall diesen Mischcharakter zeigt, liegt die Gefahr einer Fehldiagnose nahe. Am wichtigsten ist der manische Stupor, eine Mischung von manischer Stimmung, psychomotorischer Erregung und Denkerschwerung. Gewissermaassen das Negativbild desselben bietet die erregte Depression, in der sich die traurige Verstimmung mit psychomotorischer Erregung und Ideenflucht verbindet. Den Eindruck des Schwachsinns machen die Kranken mit unproductiver Manie, in der die an Stelle der Ideenflucht vorhandene Denkhemmung den flotten Zug des classischen Maniacus nicht aufkommen lässt. Die Prognose des Einzelanfalls in Manie, Depression oder Mischzuständen ist gut, nur bei besonders rascher Anfallsfolge bleibt manchmal ein leichter Zustand eigenartiger geistiger Schwäche zurück. Der erste Anfall tritt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr auf und hat in etwa 2 Drittel der Fälle depressive Färbung. Die Periodicität, besonders der regelmässige Wechsel zwischen Manie und Depression, ist am deutlichsten ausgesprochen bei leichteren Anfällen. Aber selbst nach jahrzehntelanger, regelmässiger Wiederkehr ist ein plötzliches Auftreten eines anders gearteten Anfalls aus dem Gebiet des manisch-depressiven Irreseins nichts Auffälliges. Längere, einen Anfall beherrschende Mischzustände lassen sich bei mehr als 20 Proc. der manisch-depressiven Patienten beobachten und fallen meist in die späteren Perioden der Erkrankungen.

11 Kranke wurden demonstrirt: 1. Eine flotte Manie mit Erregung, heiterer Stimmung und Ideenflucht; 2. zur Differentialdiagnose eine katatonische Erregung mit heiterer Stimmung, Negativismus, Stereotypie und Manieren; 3. eine schwere Form manischer Erregung; 4. eine ganz leicht verlaufende Manie, Bild der Folie raisonnante, seit 2 Jahren, nach einem apoplektischen Anfall zum 3. Mal auftretend, während dieselbe Patientin vorher 31 Jahre lang nur periodische Depressionsanfälle hatte; 5. eine Manie mit wahnhaften Umdeutungen; 6. depressiver Stupor mit sehr intensiver psychomotorischer Hemmung; 7. katatonischer Stupor, der Negativismus, Katalepsie, Salivation u. s. w. aufweist; 8. Depression mit leichter Hemmung und Denkerschwerung; 9. zur Differentialdiagnose eine Involutionsmelancholie mit Versündigungswahn, ohne psychomotorische Störung; 10. manischer Stupor mit gehobener Stimmung, Hemmung und Denkerschwerung; 11. unproductive Manie mit gehobener Stimmung, Erregung und Denkerschwerung.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines.)

Sitzung vom 19. December 1898.

Vorsitzender: Herr Keller. Schriftführer: Herr Mies.

1. Herr **Auerbach**: **Ueber Achylia gastrica.**

Frau Z., 40 Jahre, Schlossersfrau. Die Mutter war, 48 Jahre alt, an einer Mastdarmoperation gestorben, der Vater, 49 Jahre alt, ertrunken. Geschwister gesund, nicht nervös. Menses früher immer regelmässig, seit 2 Jahren unregelmässig, immer ohne Schmerz. Seit 10 Jahren verheirathet, ist sie nie gravid gewesen. Vor 8 Jahren hatte sie einige Zeit heftige Magenschmerzen, dann begann Erbrechen, das sich in mehrwöchentlichen oder mehrmonatlichen Intervallen bis jetzt wiederholte und meist mehrere Tage andauerte. Oft erfolgte es nach Aufregungen, aber auch ohne be-

stimmte Veranlassung, und war nicht von Schmerz begleitet. Insbesondere konnte das Essen nicht daran Schuld sein, vielmehr wurden alle Speisen gut vertragen, und sie brauchte sich nicht zu schonen. Die häuslichen und ehelichen Verhältnisse waren gut. Während der Brechanfälle wurde Alles ausnahmslos erbrochen und zwar direct nach der Aufnahme, Festes und Flüssiges. Sonstige Magenbeschwerden: Aufstossen, Sodbrennen, Schmerz u. dergl. hat sie nie verspürt. In den letzten 2 Wochen war das Erbrechen häufiger, zugleich traten Hitze, Durst, Diarrhoen auf.

Am 7. September Aufnahme in's israelitische Krankenhaus. Die Untersuchung der mittelstarken Frau ergab zunächst ausgesprochenen Typhus, wahrscheinlich in der 2. Woche. Derselbe verlief unter mässigen Temperaturen zwischen 39,0 und 40,5° trotz täglich sechsmaligen und noch häufigeren Erbrechens gut. Vom 18. an war die Morgentemperatur unter 38,0. Nun stieg das Erbrechen aber immer mehr und in demselben Maasse der Durst, so dass Patientin alles Flüssige, dessen sie habhaft werden konnte, trank, um es sofort wieder zu erbrechen. Selbst das Waschwasser ihrer Zimmergenossinen trank sie heimlich. Das Erbrechen erfolgte so rasch nach der Einnahme, dass die Flüssigkeit kaum in den Magen gelangt sein und man an Oesophagus- oder Cardiakrampf denken konnte. Der Oesophagus erwies sich für dicke Sonden durchgängig. Die Patientin, die auf's Aeusserste abgemagert und verfallen, und bei der der Puls kaum noch zu fühlen war, erhielt stündlich eine Wasserinjection von 100 g in's Rectum und täglich mehrmals Nährklystiere. Gegen Ende September liess das Erbrechen ziemlich plötzlich nach, und nun wurde Alles vertragen. Die Kräfte nahmen rapid zu, ebenso das Gewicht.

In dem Erbrochenen war niemals HCl gefunden worden, und jetzt, als eine genaue Untersuchung der Magenfunction vorgenommen werden konnte, zeigte sich eine vollkommene Achylie. Der durch Kohlensäure aufgeblähte Magen reichte zweifingerbreit unterhalb des Nabels. Fast täglich wurden Ausheberungen entweder nüchtern oder nach Probefrühstück oder nach Mittagmahlzeit in den folgenden Wochen und zeitweise auch noch nach der Entlassung vom 1. November bis jetzt vorgenommen. Der Magensaft röthete Lakmus, niemals aber fand sich freie HCl. Eiweissstückchen waren in dem genügend mit HCl versetzten Magensaft auch nach 24 Stunden gänzlich unverändert, Milch nach Zusatz von Magensaft auch nach 1 Stunde ohne Gerinnsel. Das ausgeheberte Probefrühstück ganz geruchlos, der Thee klar, die Brodstückchen unverändert, gleichsam als ob sie eben gekaut wären. Die Ausheberungen des nüchternen Mageninhalts ergaben regelmässig Speisereste vom vorigen Tage und reichliche Milchsäure. Die Ausheberung 6 Stunden nach der Mittagsmahlzeit ergab über ½ Liter Inhalt und auch hier immer Milchsäure. Die Acidität des ausgeheberten Probefrühstücks betrug 5—8 Tropfen, ⅒ Normalnatronlauge, ebensoviel wie die der gekauten und ausgespuckten Semmel. Die Acidität der ausgeheberten Probemahlzeit unfiltrirt 2,3 ccm, ⅒ Normalnatronlauge, nach Ausschütteln mit Aether 2 ccm, das Säuredeficit 5,5–7,0, ⅒ Normalsalzsäure. In der ausgeheberten Probemahlzeit stets reichlich Milchsäure. Auch jetzt noch (Mitte Januar) erheben wir beim Ausgeheberten denselben Befund. Seit ihrer Entlassung hat Patientin noch 2 kg zugenommen und sieht frisch und wohl aus.

Die diagnostische Deutung des Krankheitsbildes ist sehr schwer. Das Erbrechen, das den bedenklichen Zustand der typhösen Kranken herbeiführte und in der Reconvalescenz anhielt, war schon seit 8 Jahren in unregelmässigen Perioden aufgetreten, wenn es auch nie zu solch schwerem Collaps geführt hatte. Wie es früher nach der bestimmten Aussage der Patientin nie auf einen verdorbenen Magen zurückgeführt werden konnte, so machte es auch im Krankenhause unbedingt den Eindruck des nervösen. Es erfolgte, wie durch einen Oesophaguskrampf bedingt, rascher, als die Flüssigkeit in den Magen gelangt sein konnte, war ganz unabhängig von der Art des Aufgenommenen, bestand wochenlang, um dann fast über Nacht völlig zu verschwinden und sofort einem gewaltigen Appetit, der sich auch die schwersten Speisen gestatten konnte, Platz zu machen. So sehr man hiernach geneigt sein möchte, dieses Erbrechen unter die Rubrik des «periodischen Erbrechens» (Leyden) zu bringen, die durch die Prüfung der Magenverdauung erkannte secretorische und motorische Abnormität legt dieser Deutung grosse Reserve auf. Denn es fand sich vollständige Achylie mit Ektasie und Ueberstauung.

Die Achylia gastrica, i. e. das völlige Versiegen der Magensaftsecretion oder der Magensecretion überhaupt, ist durch die Prüfung des ausgeheberten Mageninhalts während längerer Zeit unschwer zu erkennen. Um so schwerer ist aber in dem einzelnen Fall oft die pathogenetische Deutung. Dass ihr nicht immer eine völlige Verödung der Magendrüsen, eine Atrophie der Magenschleimhaut zu Grunde liegt, darf wohl heute als sicher angenommen werden. Das beweist einmal die Wiederkehr normaler Saftabsonderung, d. h. freier HCl, wie sie Einhorn in einem Falle sah, der 5 Jahre lang Achylie dargeboten hatte, dann die Untersuchung der bei Achylie ausgeheberten Schleimhautstückchen. Denn, worauf Martius besonders hinweist, und was auch aus früheren Beobachtungen (Grundzach, Jaworsky, Biedert) hervorgeht, besteht bei einfacher Achylie, ähnlich wie bei carcinomatösen Mägen eine so grosse Vulnerabilität der Schleimhaut, dass schon der weiche Magenschlauch auffallend häufig Schleimhautstückchen «abschrapt» und zu Tage fördert. Ich fand selbst in den letzten Tagen bei zweimaliger Ausheberung eines seit vielen Jahren an chronischem Magenkatarrh leidenden Patienten, der jetzt Achylie zeigte, beide Male ein 20pfennigstückgrosses Stück Schleimhaut in dem Sondenfenster. In diesen abgeschrapten Schleimhautstückchen fanden sich, wie dies die Forscher (Einhorn, Martius) geschildert haben, normale Magendrüsen, wenn auch die Schleimhaut in den Martius'schen Fällen selten ganz normal war, vielmehr die Zeichen einer mehr oder weniger ausgesprochenen granulirenden Gastritis bot. Endlich berichtet noch vor Kurzem (Berl. klin. Wochenschr. 1898, 35) D. Gerhard aus der Strassburger Klinik über den Sectionsbefund bei einer an perniciöser Anaemie verstorbenen, 54 jährigen Frau, die während der 2½ Monate dauernden klinischen Beobachtung reine Achylie gezeigt hatte. Im Magen fand sich keine makroskopisch wahrnehmbare Veränderung, und mikroskopisch nur Zeichen interstitieller Wucherung. Die Drüsenschläuche waren gut erhalten. Alles dies beweist, dass Achylie nicht immer auf Anadenie beruht.

Martius unterscheidet zwischen secundärer erworbener und primärer idiopathischer Achylie. Die secundäre A. ist die Folge fortschreitender entzündlicher oder degenerativer Processe im secernirenden Parenchym bei Carcinom oder Gastritiden mit Ausgang in Atrophie. Die primäre idiopathische Form oder die A. gastrica simplex stellt eine individuelle Eigenthümlichkeit, eine angeborene Functionsschwäche dar. Aus der mit ihr einhergehenden geringeren vitalen Energie erklärt Martius den Umstand, dass, wie ihm die Untersuchung der ausgeheberten Schleimhautstückchen erwies, auch hier schon anatomische Veränderungen, wenn auch geringeren Grades vorliegen (granulirende Gastritis), und er hält es für wahrscheinlich, dass aus dieser Form sich wirkliche Magenschleimhautatrophie entwickeln kann. Wie weit diese Anschauungen berechtigt sind, müssen weitere anatomische Untersuchungen und vor Allem auch die viele Jahre lange Beobachtung der Patienten mit Achylie lehren. Aus den klinischen Symptomen erscheint es schwer möglich, die Diagnose zwischen einer primären idiopathischen Achylie und einer wahren Schleimhautatrophie zu stellen. Denn bei A. simplex zeigen die Krankengeschichten (Grundzach, Martius, Noorden) fast alle Jahre lang dieselben dyspeptischen Störungen, wie auch die mit Magenatrophie (Rosenheim, Ewald). Aber auch die Unterscheidung zwischen A. simplex resp. Anadenie und Carcinom kann unter Umständen äusserst schwierig werden, nämlich dann, wenn bei subjectiven Magenbeschwerden mit dauerndem Verlust des HCl und des peptischen Vermögens die einzig das Carcinom beweisenden Symptome (Tumor, kaffeesatzartiges Erbrechen, Kachexie) fehlen. Selbst die zur secretorischen sich gesellende Insufficienz (Stagnation, Milchsäure) gibt hier gegen Achylie resp. Atrophie, nicht in dem Maasse den Ausschlag wie es Martius annimmt. Dieser um die Achyliefrage so verdienstvolle Forscher hält differentialdiagnostisch die bis zuletzt wohlerhaltene motorische Kraft für im Allgemeinen ausschlaggebend für Atrophie, und nur in Ausnahmefällen soll es zu Stagnation und Zersetzung kommen. Dem gegenüber hat aber schon ausser Rosenheim und Schmidt auch Ewald (Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 45) in seinen seit 1889 obducirten 8 Fällen von perniciöser Anaemie gastrointestinalen Ursprungs mit «Anadenia ventriculi und Atrophia mucosae intestinalis» bei völligem Versiegen der Magensecretion in allen bis auf einen Milchsäure gefunden, und er betont ausdrücklich, dass es sich nicht um eingebrachte, sondern um im Magen gebildete Milchsäure gehandelt hat.

Auch in unserm Fall fand sich regelmässig in dem nüchternen Mageninhalt mit Speiseresten reichlich Milchsäure, und ebenso diese in dem 3—6 Stunden nach der Probemahlzeit ausge-

heberten Inhalt. Also die Entscheidung Carcinom kann bei fehlendem Tumor erst dann gestellt werden, wenn sich zu der Achylie und der Stagnation resp. Milchsäurebildung, deutliche Kachexie hinzugesellt. Und auch dann ist sie gegenüber Atrophie nicht immer sicher.

Dass in unserem Fall kein Carcinom vorliegt, beweist der Verlauf. Die Kranke sieht blühend aus, ist frei von Beschwerden trotz ihrer Achylie und Stagnation und hat mehrere Kilogramm an Gewicht zugenommen.

Ob es sich bei ihr um A. simplex handelt, die sich hier aus besonderen Gründen ausnahmsweise mit motorischer Insufficienz vergesellschaftet hat, oder um eine wahre Anadenie kann erst die fortlaufende Beobachtung erweisen.

2. Herr **Dreesmann: Ueber grössere Darmresectionen.**

(Dieser Vortrag ist in No. 42 dieser Wochenschrift vom 18. October 1898 besprochen worden.)

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. December 1898.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Herr **Sendler** hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren.** (Der Vortrag ist in No. 5 und 6 dieser Wochenschrift in extenso zum Abdruck gelangt.)

An der Hand von 50 wegen der verschiedenartigsten Leiden ausgeführten eigenen Operationen, mit nur einem Todesfall im Anschluss an eine Nephrektomie, entwickelt der Vortragende die Grundsätze, zu welchen er in der operativen Behandlung der Nierenkrankheiten gelangt ist und schliesst hieran eine Besprechung der Resultate, welche er erreicht hat.

Discussion. Herr Thoma fragt nach den Dauerresultaten bei operirten Nierentumoren.

Herr Sendler antwortet, dass er nur das in dem Vortrag Mitgetheilte über die späteren Schicksale seiner Kranken habe in Erfahrung bringen können.

Herr Springorum: Im Laufe dieses Sommers hatte ich Gelegenheit, 2 Fälle zu beobachten, die zeigen, wie wichtig es bei einer in Frage kommenden Nephrektomie ist, sich von dem Vorhandensein und der vollen Leistungsfähigkeit der anderen Niere zu überzeugen. Im ersten Falle handelte es sich um einen 56jährigen Mann, der schon längere Zeit an schwerer Cystitis und Haematurie erkrankt war. Im Frühjahr war er von einem bekannten Urologen behandelt und untersucht worden, der mittels Cystoskop eine normal secernirende rechte Niere feststellte, links die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Carcinom stellte und den Patienten uns zur eventuellen Nephrektomie überwies. Da der Patient äusserst hinfällig war, verschoben wir die Operation, und 8 Tage nach der Aufnahme trat der Tod ein. Bei der Section fanden wir links eine grosse weisse Niere, rechts war statt der Niere nur ein kleines, schlaffes Gebilde, das sich als Rudiment des Nierenbeckens darstellte. Nierenparenchym war nicht vorhanden. Der rechte Ureter endigte 10 cm von der Blase als Blindsack.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 61jährige Frau mit totaler Anurie in Folge eines eingekeilten Steines der rechten Niere. Es wurde die Nephrotomie ausgeführt; das Nierenbecken war mässig erweitert, ohne Stein. Wegen starker Blutung musste tamponirt werden. Die Frau starb am nächsten Tage. Bei der Section fanden wir rechts eine grosse Niere mit starker Degeneration des Parenchyms; 5 cm unterhalb des Nierenbeckens war im Ureter ein Stein fest eingekeilt, der das Lumen vollständig verschloss. Links war keine Niere vorhanden, der linke Ureter war nicht einmal angedeutet. Bei beiden Fällen handelte es sich um den angeborenen Mangel einer Niere, der sog. Solitärniere, und diese Beispiele zeigen, dass es in manchen Fällen, besonders bei fettreichen Personen, schwierig, ja fast unmöglich ist, mit Sicherheit das Vorhandensein beider Nieren festzustellen.

Herr Brennecke ist erfreut darüber, dass Herr Sendler dem transperitonealen Verfahren der Nierenexstirpation doch nicht alle und jede Berechtigung abspricht, wenn schon er es dem lumbalen Verfahren gegenüber als das minderwerthige und fragwürdigere hinzustellen geneigt sei. Gerade die von Sendler als «für die transperitoneale Methode allenfalls geeignet» bezeichneten Fälle — grosse Hydronephrosen und zu Tumoren entartete Wandernieren — seien es nun aber, die nicht so ganz selten dem Gynäkologen begegnen und die auch von ihm (Brennecke) in vereinzelten Fällen auf transperitonealem Wege mit gutem Erfolge exstirpirt seien. So habe er kürzlich einmal Anlass genommen, eine grosse linksseitige Hydronephrose in den ersten Monaten der Schwangerschaft, ein andermal eine rechtsseitige, durch cystische Degeneration zu einem mehr als kindskopfgrossen Tumor angewachsene Wanderniere transperitoneal zu exstirpiren. Es habe sich dabei nicht etwa um einen diagnostischen Irrthum, sondern um ein wohlbewusstes Vorgehen gegen Nierentumoren gehandelt. Er überlasse als Gynäkologe andersartige Nierenerkrankungen gern dem Chirurgen, glaube aber, dass für Fälle eben genannter Art dem transperitonealen (dem als specifisch-gynäkologisch hingestellten) Verfahren gewisse Vorzüge vor dem lumbalen Wege nicht abzusprechen seien, so namentlich die Uebersichtlichkeit und weit bequemere Zugängigkeit des Operationsfeldes, die Möglichkeit, sich vor der Exstirpation durch Abtastung der zweiten Niere über deren Beschaffenheit ein sicheres Urtheil zu bilden etc. Demgegenüber seien die von Sendler gegen das transperitoneale Verfahren erhobenen principiellen Bedenken nicht von Bedeutung. Die gefürchtete Verunreinigung der Bauchhöhle mit inficirenden, von der Geschwulst herrührenden Massen komme bei den in Rede stehenden Nierenerkrankungen kaum in Frage — die Gefahr nachträglich in der Bauchdeckennarbe entstehender Hernien sei auf ein Minimum reducirt, seitdem man auf die Bauchdeckenwundnaht etwas mehr Sorgfalt als früher zu verwenden gelernt habe — und peritoneale Strangbildungen und Verwachsungen gäben, wie Sendler selbst zugebe, doch nur verschwindend selten nach Laparotomien zu ernsteren Störungen Anlass. Die transperitoneale Methode der Nierenexstirpation behaupte nach alledem in gewissen Fällen mit gutem Recht ihren Platz in der Nierenchirurgie und werde ihn voraussichtlich auch in Zukunft behaupten. Jedenfalls scheine ihm die strittige Frage zur Zeit nicht so spruchreif, um ein absprechendes Urtheil über Werth und Berechtigung der sich innerhalb der angedeuteten Indicationsgrenzen haltenden transperitonealen Nierenexstirpation zu Gunsten der lumbalen Methode als berechtigt erscheinen zu lassen.

Herr Tschmarke beglückwünscht den Vortragenden zu seinen guten Resultaten, welche nicht jeder Chirurg in gleichem Maasse aufzuweisen im Stande sei. Die Prognose bei Nierentumoren sei um so günstiger, je frühzeitiger die Diagnose gestellt und die radicale Operation ausgeführt werden könne. Er verweist hierbei auf die Resultate Israel's, dessen Frühdiagnosen bekannt seien. Im Allgemeinen sei freilich die Diagnose der Nierentumoren recht schwer, wie auch die beiden von Springorum angeführten Fälle bewiesen, trotz Cystoskopie, Ureterensondirung und anderer moderner Hilfsmittel, deren Beherrschung ausserdem eine ganz besondere Technik und Uebung erfordern. Brennecke gegenüber betont er, dass der Lumbalschnitt bei Nierenoperationen im Allgemeinen der transperitonealen Methode vorzuziehen sei und auch von den meisten Operateuren vorgezogen werde. Derselbe sei ebenso übersichtlich, könne auch entsprechend nach beiden Seiten hin oder durch Hinzufügung eines Querschnittes leicht erweitert werden, und gestatte allein die event. Erhaltung des Organs. Demgegenüber sei bei dem transperitonealen Vorgehen die Gefahr der Infection der Bauchhöhle mit Geschwulsttheilchen oder Eiter nicht zu unterschätzen, ebenso wenig die Möglichkeit der Entstehung von Bauchbrüchen von der Hand zu weisen, falls ein exacter Schluss der Laparotomiewunde aus irgend einem Grunde nicht möglich sei. Die transperitoneale Methode biete daher neben mehrfachen Nachtheilen keine Vortheile.

Herr Habs stimmt Herrn Sendler bei bezüglich der Souveränität des lumbalen Vorgehens.

Die von Herrn Brennecke zu Gunsten der transperitonealen Methode angeführte grössere Uebersichtlichkeit des Operationsterrains stellt H. in Abrede. Der Lumbalschnitt vielmehr sei es, welcher bei malignen Tumoren die Entfernung etwa erkrankter Lymphknoten gewährleiste, auch sei beim Lumbalschnitt die Gefahr einer Geschwulstaussaat in die Bauchhöhle eine verminderte; bei Hydronephrose und Pyonephrose aber biete der Lumbalschnitt die Möglichkeit der Ausführung einer Nephrotomie und damit der Erhaltung des Organs.

H. glaubt, dass in dem Brennecke'schen Falle von acuter Hydronephrose bei einer Gravida die Niere durch lumbale Nephrotomie vielleicht zu erhalten gewesen wäre.

Die diagnostische Abtastung der anderen Niere sei auch bei der lumbalen Methode möglich, wenn man im vorderen Winkel des Lumbalschnittes (der ja meist als Schrägschnitt geübt werde) das Bauchfell eröffne. Ein Bauchbruch sei hier kaum zu befürchten, da hinterher breite Muskelmassen in mehrfacher Schicht mit einander vereinigt würden. H. würde sich zu einer transperitonealen Nephrektomie nur dann verstehen, wenn in Folge falscher Diagnosenstellung die Bauchhöhle von vorn her breit eröffnet sei und wenn sich die Erhaltung des Organes als unmöglich erwiese.

Sodann berichtet H. als Ergänzung der Sendler'schen Casuistik über einen Fall von subcutaner Nierenzertrümmerung, bei welchem er unter den kärglichsten äusseren Verhältnissen die Nierenexstirpation ausgeführt hatte.

Ein 40jähriger Maurer glitt auf ebener Erde aus und fiel mit der rechten Seite auf einem am Boden liegenden Balken auf. Starker Collaps. Keine Zeichen äusserer Verletzung. Am Tage nach dem Unfall relatives Wohlbefinden, Abends plötzliche Erscheinungen schwerer innerer Blutung. Im Urin Spuren von Blut. Da ein Exsudat in der Gegend der rechten Niere nachweisbar war, explorativer Lumbalschnitt. Ausräumung der die Niere umgebenden reichlichen Blutgerinnsel. In den Gerinnseln eingebettet findet sich

der vollkommen abgetrennte obere Pol der Niere. Die zur Wunde herausluxirte Niere zeigt mehrere subcapsuläre Haemorrhagien, zahlreiche stark parenchymatös blutende Einrisse, sowie eine besonders starke Blutung aus der Abrissstelle des oberen Poles. — Ein conservatives Vorgehen erschien nicht rathsam wegen des Collapses des Patienten, zumal da eine sichere Stillung der parenchymatösen Blutung durch Tamponade nicht garantirt erschien. Desshalb Exstirpation der Niere. Reactionslose Heilung.

Herr Sendler stellt zum Schluss fest, dass die Discussion gezeigt habe, dass er sich mit seinen chirurgischen Fachgenossen in vollkommener Uebereinstimmung befinde. Seine Anschauungen über den Werth der Laparotomie bei Nierenleiden seien auch durch die Ausführungen des Herrn Brennecke nicht erschüttert, er müsse im Gegentheil daran festhalten, dass diese Operation nur für die gezeichneten Ausnahmefälle zulässig sei.

Herr Bettmann: Ein Blutbefund bei Diabetes.

B. hat die von Bremer angegebenen Verschiedenheiten des tinctoriellen Verhalten zwischen diabetischem und normalem Blute mittels der verschiedenen von Bremer als zweckmässig befundenen Reagentien sowie einigen anderen Anilinfarbstoffen nachgeprüft und fast durchweg einen positiven Ausfall der Reaction beim Diabetes gefunden. Besonders prägnante Differenzen der Färbbarkeit normalen und diabetischen Blutes ergab eine zweizeitige Färbung mit Eosin und Methylenblau. Das Blut eines Falles von vorzugsweise lymphatischer Leukaemie verhielt sich allen verwendeten Reagentien gegenüber analog dem Diabetesblut.

Aber auch die Behandlung normalen Blutes mit diabetischem und leukaemischem Harne führte entsprechende Veränderungen der Färbbarkeit herbei. Zum Vergleich dienende Blutpräparate eines Gesunden wurden vor der Färbung mehrere Minuten der Einwirkung normalen, diabetischen oder leukaemischen Urines ausgesetzt. Während der normale Harn die Färbbarkeit des Blutes kaum beeinflusst hatte, veränderte sowohl diabetischer wie leukaemischer Urin dieselbe in ausgesprochener Weise; das so behandelte Blut zeigte die «Diabetes»-Reactionen. Die Möglichkeit, jene Reactionen am gesunden Blute mit Hilfe des leukaemischen Urins hervorzurufen, sowie ihr von verschiedenen Seiten bestätigtes spontanes Auftreten am Blute von Leukaemikern und anderen Kranken beweist, dass die Bremer'schen Reactionen nicht einfach als eine Probe auf Zucker betrachtet werden dürfen.

Herr **H. Kaposi** stellt einen Fall **multipler Hauttumoren** vor. Es handelt sich um einen 51jährigen Mann, welcher vor ungefähr einem Jahre das Auftreten mehrerer erbsen- bis haselnussgrosser blaurother, schmerzloser Knoten in der Haut der linken Wade bemerkte; zugleich schwoll der linke Hoden zu einem ganseigrossen Tumor an. Sowohl dieser, wie die Hautknötchen schwanden nach 6—8 Wochen ohne jede Therapie. Nach mehreren Monaten (August 1898) entwickelte sich eine Geschwulst auf der linken Schulter, welche immer grösser wurde, in der Umgebung traten disseminirte kleinere Knötchen auf, ebenso an anderen, entfernten Körperstellen. Jetzt findet sich auf der linken Schulter eine flachkuchenförmige 16 cm im Durchmesser messende, von wallartigen Rändern umsäumte, mit centraler Depression versehene Geschwulst, vollkommen schmerzlos, nach vorne bis an den Sternocleido, nach unten bis zur Clavicula, nach hinten zum Cucullaris reichend. Consistenz derb, Farbe braunroth, Oberfläche nirgends exulcerirt. Epidermis stellenweise schuppend. Der ganze linke Arm stark oedematös, in seiner Haut eine Reihe von blau- bis braunrother, bohnen- bis nussgrosser Tumoren, einer bis apfelgross. Linksseitige Axillardrüsen zu einem Packet angeschwollen; in der Haut der rechten Wade eine Anzahl den vorgenannten Geschwülsten identische Tumoren. Im r. Sternocleido und im linken Vastus internus eine wallnussgrosse Geschwulst zu palpiren, der linke Testikel ganseigross, derb, Oberfläche glatt. Innere Organe gesund. Im Blut keine Leukocytose. Hgb. 75 Proc.

Nach Ausschluss der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen, namentlich Lepra, Lues, Lupus, möchte Vortragender sich dahin entscheiden, den vorliegenden Fall als Sarkomatosis cutis aufzufassen; er bespricht jene Erkrankungen, welche von Kaposi-Wien als sarkoide Geschwülste zusammengefasst werden: die Mycosis fungoides, die Lymphodermia perniciosa und die Hautsarkome und möchte namentlich wegen des fehlenden ekzematösen Vorstadiums den vorgestellten Fall in die letzte Gruppe eingereiht wissen, ohne dabei die Mycosis fungoides in Abrede zu stellen.

Der Name sarkoid soll einerseits die Aehnlichkeit, andererseits die Differenz gegen Sarkom ausdrücken, indem es bei ersteren Tumoren niemals zu Gewebsdestruction, dagegen oft zu spontaner Rückbildung kommt, trotz der histologisch schwer zu machenden Unterscheidung von Rundzellensarkomen.

Im vorliegenden Fall ergibt die Untersuchung eines excidirten Stückes nur eine Rundzelleninfiltration in das subpapilläre Gewebe bei intacter Epidermis.

Zum Schluss Besprechung der Therapie, welche in Arseninjectionen besteht.

Unterelsässischer Aerzteverein.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 4. Februar 1899.

Herr Ehret demonstrirt einen Apparat, der besser als bisher den Vorgang der **Wiederausdehnung der Lunge nach Empyemoperation** aufzuklären geeignet ist. Zur Aufzeichnung der Druckverhältnisse im Thorax nach der Thoracocentese wird ein Manometer mit dem in die Brusthöhle eingeführten, am durchbrochenen Ende mit einem Condom überzogenen Bleikatheter verbunden. Die Verbindung vermittelt ein längerer Gummischlauch. Die Uebertragung der Schwankungen auf die rotirende Trommel geschieht in der bekannten Weise. Dabei zeigt sich, dass die gebräuchlichen Verbände einen annähernd luftdichten Abschluss gewährleisten. Der Apparat, bei dem vorgeführten Kranken seit Wochen in Thätigkeit, ermöglicht durch die erhaltenen Curven einen Einblick in die Veränderungen des intrathoracischen Druckes, der ein continuirliches Fortschreiten zu normalen Verhältnissen zeigt.

Herr Naunyn stellt 2 Fälle von **congenitaler Pulmonalstenose**, Mutter und Tochter vor. Die Mutter, 35 Jahre alt, zeigt ein systolisches Fremissement am l. Sternalrand, sowie eine leichte Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts sowie links vom Sternum nach dem Jugulum zu. Lautes systolisches Geräusch über der Pulmonalis, schwacher, aber reiner 2. Pulmonalton, der viel schwächer ist als der 2. Aortenton. Arterienpuls schwach.

Trotz der fehlenden Cyanose und bei fehlendem Geräusch im Intrascapularraum links diagnosticirt N. eine Pulmonalstenose unter Ausschluss des Offenbleibens des Ductus Botalli, das differentialdiagnostisch in Betracht kommen könnte.

In ganz derselben Weise ist die Herzdämpfung der 5jährigen Tochter verändert, bei ebenfalls fehlender Cyanose, die ja meist auf Septumdefecte zurückzuführen ist. Auch das systolische Geräusch ist das gleiche wie bei der Mutter, bei der Tochter aber auch im Intrascapularraum nachweisbar. Ueberhaupt betont N., dass die Pulmonalstenose das einzige sicher zu diagnosticirende congenitale Vitium cordis sei und er hält in diesem Falle den Ausgang in Phthisis pulmonum für wahrscheinlich.

Herr Magnus-Levy zeigt einen **Fall von Myxoedem eines Kindes von 11 Jahren.** Die bekannten Symptome sind vorhanden. Die Schilddrüse fehlt. Als bereits nachweisbarer Erfolg der seit 10 Tagen eingeleiteten Schilddrüsentherapie — Tabletten — ist das Nachlassen des früher vorhandenen Kältegefühls zu bezeichnen.

Im Anschluss daran berichtet Herr Naunyn über einen glänzenden Erfolg der gleichen Therapie bei einem Mädchen, das 1896 im Alter von 5½ Jahren in die Behandlung kam. Damals blödsinnig und 75 cm gross, nach der Photographie ein unförmlicher Fettklumpen mit heraushängender Zunge, hat sich das Kind zu einem für sein Alter grossen Mädchen von 115 cm Länge, von gänzlich normalem Aeusseren und mässig guter Begabung entwickelt.

Herr Schlesinger berichtet über **4 Fälle von Intubation bei diphtherischer Larynxstenose in der Privatpraxis.** Er ist ein eifriger Anhänger der Intubation und wünscht ihr die weiteste Verbreitung auch in der Privatpraxis. Die Extubation ging in allen Fällen, selbst nachdem der Tubus 161 Stunden gelegen, glatt von Statten. 3 Heilungen, 1 Todesfall: 8 Tage nach definitiver Extubation an diffuser Bronchopneumonie.

Herr **A. Cahn** stellt einen Fall von **luetischer narbiger Larynxstenose** vor, die er für zur Intubation sehr geeignet hält. Vor einigen Jahren litt Pat. an Heiserkeit und Dyspnoe. Die narbige Schrumpfung, welche besonders den Aditus laryngis betrifft, führte zur Fixation der Aryknorpel. Anfangs war Erweiterung der Stenose mit dem Zinnbougie nothwendig. Später bewirkte eintägige Intubation bessere Athmung für etwa 6 Tage. Momentan war in 6 Wochen nur einmal die Intubation nothwendig.

Herr Hoche zeigt zum Schluss einen 38jährigen Kranken, der von einem **hochgespannten elektrischen Strom** betroffen wurde. Reiz- und Ausfallserscheinungen sind vorhanden. Bei fehlender Brandwunde — nur an der Mütze sind Brandspuren nachweisbar — trat im Momente des Contactes mit der Trambahnleitung keine Bewusstlosigkeit ein. Hinterher aber gestalteten Blasenschwäche, Amblyopie des rechten Auges, Parese des rechten Armes und Hypaesthesie dieses wie der rechten Rumpfseite das eindeutige Bild der traumatischen Hysterie. Suggestive Behandlung wird voraussichtlich bald Besserung und Heilung bringen. Organische Laesion ist auszuschliessen.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 15. December 1898.

1. Herr Gocht: Ueber Blutergelenke und ihre Behandlung.

Vortragender bespricht zunächst das Wesen der Haemophilie mit wenigen Worten und geht danach auf die Gelenkerkrankungen bei Blutern über an der Hand von 3 Fällen, die in letzter Zeit in der Klinik von Professor Hoffa zur Beobachtung gekommen sind.

Es wird durch die eigenen und anderwärts beobachteten Fälle festgestellt, dass die Blutergelenke zu den häufigsten Symptomen der Haemophilie gehören und meist früh in den Jahren des Gehenlernens in die Erscheinung treten. Fast ausnahmslos sind an den intraarticulären Blutungen Traumen grösserer oder geringerer Art schuld und die Kniegelenke ganz besonders für diese Krankheit beanlagt. Die Disposition zu Gelenkblutungen nimmt aus verschiedenen Gründen mit zunehmendem Alter ab, erstens weil überhaupt eine Verringerung der Haemophilie eintritt, zweitens weil in den Gelenken, die oft Blutergüsse durchgemacht haben, derartige pathologisch-anatomische Veränderungen stattfinden, dass Blutungen hierdurch verhindert werden.

Ausführlich wird sodann die Diagnose mit ihren Schwierigkeiten besprochen und im Anschluss hieran auf Grund der Eintheilung, die König gegeben hat, die klinischen Symptome.

Auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen werden an der Hand der bekannt gegebenen Sectionsbefunde eingehend gewürdigt; besonders instructiv sind Röntgenbilder, die Vortragender von den verschieden schwer erkrankten Gelenken angefertigt hat.

Hieran schliesst sich die Demonstration der zwei noch in Behandlung stehenden Brüder, deren ausführliche Krankengeschichte nebst der des schon entlassenen Patienten mitgetheilt werden.

Interessant sind besonders die Stammbäume der zwei Familien, die vollkommen das von Grandidier formulirte Vererbungsgesetz bestätigen. Hervorgehoben wird dann noch die grosse Zahl der bei dem älteren Knaben stattgehabten Gelenkblutungen, indem das rechte Knie desselben 45mal, das linke Knie etwa 40mal, das rechte Fussgelenk 11mal und das linke Fussgelenk 7mal starke Blutungen überwinden mussten.

Zum Schluss wird die Therapie besprochen. Dabei spielt die Prophylaxe eine grosse Rolle. Bei frischen Gelenkergüssen muss man die Gelenke absolut ruhig stellen, Compression ausüben, feuchtwarme Ueberschläge oder Eis appliciren und schliesslich für Kräftigung der central vom Gelenk gelegenen Muskeln durch Massage, Elektricität etc. sorgen.

Wiederholen sich die Ergüsse, werden sie nur langsam resorbirt, bildet sich Contracturstellung aus, so tritt die orthopädische Behandlung in den Vordergrund. Punctionen der Gelenke sind möglichst zu vermeiden, ebenso Brisement, sowie die sonstigen chirurgischen Eingriffe. Ist es bereits zu bleibenden Deformitäten der Gelenke gekommen, so sind einzig und allein Schienenhülsenapparate am Platze, die gut und exact gearbeitet durch allmählichen Zug den Gelenken wieder ihre normale Stellung verschaffen.

Die Erfolge bei den beiden vorgestellten Patienten, deren Kniegelenke wieder vollkommen gerade gestreckt sind, demonstriren und empfehlen die Güte dieser mechanischen Therapie.

2. Herr **O. R. Neumann: Tropon als Eiweissnahrung.** (Der Vortrag ist als ausführliche Arbeit in dieser Wochenschr. 1899, No. 2 erschienen.) O. R. Neumann.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 18. Februar 1899.

Der Kampf gegen die Meisterkrankencassen. — Heilstätten für Tuberculose und Theilnahmslosigkeit der Aerzte. — Schutzimpfungen gegen Hundswuth. — Influenza in Wien.

In dem Kampfe, welchen die Wiener Aerztekammer und indirect die Aerzteschaft Wien's gegen die Meisterkrankencassen führt, wird sie von der Regierung nicht unterstützt, es liegt vielmehr eine Entscheidung der n.-ö. Statthalterei vor, welche die Errichtung einer solchen Casse ermöglichen soll, der Aerzteschaft aber nichts weniger als freundlich ist. Es haben bekanntlich alle Aerztekammern Oesterreichs beschlossen, dass es standesunwürdig sei, irgendwelche fixe Anstellung bei einer Meisterkrankencasse anzunehmen. Die Mitglieder der Aerztekammer haben sodann, bis auf vereinzelte Ausnahmen, sich schriftlich mit Ehrenwort verpflichtet, dem Wunsche der Kammer nachzukommen. Nun hat die Krankencasse der Tischlermeister, um diese Bestimmung zu umgehen und sich Controlärzte zu verschaffen, ihren Mitgliedern einzelne Aerzte Wien's «empfohlen», zugleich aber in einem Paragraphen bestimmt, dass sie nur dann Krankengelder auszahlt, wenn ein von ihr «empfohlener» Arzt die Erkrankung des Mitgliedes bestätige. Die Aerztekammer musste hierin meritorisch die Aufstellung von Controlärzten erblicken und beschwerte sich bei der Statthalterei, dass die Namen so vieler Aerzte theils gegen, theils ohne deren ausdrückliche Erlaubniss als die solcher «empfohlener» Aerzte angeführt wurden, so dass diese Aerzte in den Verdacht des Wortbruches gekommen seien. Die Statthalterei fand aber in dem Vorgange der Meisterkrankencasse, ihren Mitgliedern Vertrauensärzte zu «empfehlen», nichts Incorrectes, trug den Cassen aber auf dennoch auf, nur solche Aerzte zu «empfehlen», welche hiezu ausdrücklich die Erlaubniss gegeben haben. Da die «empfohlenen» Aerzte aber thatsächlich als Controlärzte functioniren, so hat die Wiener Aerztekammer letzthin in einer neuerlichen Resolution die Annahme auch eines solchen Postens für standeswidrig erklärt und gegen den bezüglichen Statthaltereierlass beim Ministerium des Innern den Recurs erhoben.

Der vorwöchentlichen Kammersitzung wohnte auch der neuernannte Landessanitätsreferent und Statthaltereirath Dr. Netolitzky bei, der — vom Vorsitzenden der Kammer warm begrüsst — sofort erklärte, dass er stets bestrebt sein werde, die Interessen des ärztlichen Standes zu wahren. Ist nun obige Statthaltereientscheidung ohne seine Vorwissen erfolgt? Das ist wohl nicht anzunehmen. Da aber hier ein eminentes Interesse des ganzen ärztlichen Standes vorliegt, so wäre es sehr zu wünschen, dass der Herr Referent und — Collega seinen vollen Einfluss einsetzt, damit das Ansehen der Wiener Aerztekammer und damit auch der Aerzteschaft gewahrt werde.

Während sich die Aerzte Wiens um die leidige Existenz abquälen, wird ihnen von maassgebender Seite ein sonderbarer Vorwurf gemacht, den sie wohl nicht verdient haben. Da hielt jüngst in unserer Gesellschaft der Aerzte Docent Dr. v. Weismayr einen Vortrag, der sich betitelte: «Was wird die Heilanstalt Alland zu leisten vermögen?» Er kam selbstverständlich dahin, dass diese Musteranstalt in der Bekämpfung der Tuberculose überaus befriedigende Heilresultate aufweisen werde. Wir wollen es gerne glauben. Nun erhob sich aber Professor v. Schrötter, unser verdienstvoller Kliniker, der sich um das Zustandekommen der Anstalt so überaus und so erfolgreich bemüht hat und machte den Aerzten den Vorwurf der wissenschaftlichen Theilnahmslosigkeit. In Deutschland und in Frankreich bestehe für diese Fragen, die Errichtung von Heilstätten für Tuberculose, unter den Aerzten grosse Begeisterung; es erscheint dort keine Zeitung, welche nicht Nachrichten über die Heilstättenfrage bringe; bei uns hier geschehe nichts «und zum grossen Theile sind Sie, meine Herren, daran schuld» .... «Ausser unseren Publicationen erscheint in ganz Oesterreich nichts.» ... «Sie sollten sich nicht verschliessen vor der enormen wirthschaftlichen Wichtigkeit dieser Krankheit, die ja nicht nur den Menschen, sondern auch das Vieh befällt. ... Nur durch Ihre Unterstützung kann in entsprechender Weise auf die Behörden und die Bevölkerung eingewirkt werden. Ich bitte Sie nochmals um werkthätige Förderung unserer Bestrebungen.»

Das ist ja Alles schön und richtig. Es erscheinen aber auch in Oesterreich genug solche Aufsätze (erst jüngst las ich einen grösseren Aufsatz über das Wesen und die Verhütung der Tuberculose in der «Arbeiterzeitung») und es geschieht auch in ärztlichen Kreisen genug, um der Idee und speciell der Heilanstalt Alland zum Durchbruche zu verhelfen. Meines Wissens bestehen ja noch mehrere solche Vereine in Oesterreich. Was ist denn das gut geleitete Seehospitz in Grado etc., wohin alljährlich skrophulöse Kinder in grosser Zahl aus Wien gebracht werden, was sind die vielen, vielen Feriencolonien für Kinder, was ist der «Verein zur unentgeltlichen Verpflegung Brustleidender auf dem Lande», dessen 27. Bericht eben erschienen ist — was sind diese und noch viele andere ähnliche Institutionen anders

als Heilstätten für das Volk? Und bei jeder dieser Anstalten sind Aerzte in der Verwaltung und in der Direction thätig. Also gar so arg ist es nicht um die «Theilnahmslosigkeit» der Aerzte Wiens bestellt, sie stellen ebenfalls ihren Mann, wenn es sich um die Förderung einer guten Sache handelt. Und auch um Alland haben sich die Aerzte genug bemüht, indem sie ihre Clienten veranlassten, dem Vereine als unterstützende Mitglieder beizutreten.

Nach Professor v. Schrötter sprach noch Professor Weichselbaum, der leider die Anklagen des Vorredners vollinhaltlich bestätigen musste. Alle Staaten, sagte er, sind in der Bekämpfung der Tuberculose uns voran, und daran sind in erster Linie die Aerzte schuld. In Folge ihrer Theilnahmslosigkeit sind auch das Publicum, die Behörden apathisch in dieser Frage .... «Eine Umschau in unseren Krankenanstalten zeigt, dass heute in der Bekämpfung der Tuberculose fast ebenso wenig gethan wird, wie vor 20 oder 30 Jahren. Ueberall im Auslande geschieht etwas, nur bei uns nicht, auch nicht in den grossen Anstalten.»

Da muss ich doch bitten, dass der Herr Obersanitätsrath Professor Weichselbaum all' dies in einer Sitzung der Spitalsdirectoren oder im Obersten Sanitätsrathe vorbringe; wir praktischen Aerzte haben auf die Krankenanstalten und auf die Gebahrung daselbst absolut keinen Einfluss. Er hat ja gewiss Recht, aber die Behörden haben ihre Fachbeiräthe und Sache dieser wäre es wohl, nicht zu ruhen, bis hier Wandel geschaffen und die Krankenanstalten auf den modernen Standpunkt gestellt wurden.

Anlässlich der mehrfach vorgekommenen Fälle, dass von wüthenden oder wuthverdächtigen Thieren verletzte Personen erst nach Ablauf einer längeren Zeit nach der Verletzung und ohne die nothwendigen Documente und Anweisungen der Schutzimpfung zugeführt wurden, so dass wegen verspätet eingeleiteter Behandlung ein günstiger Erfolg nicht erzielt werden konnte, oder für die Aufnahme des Verletzten sich mannigfache Schwierigkeiten herausstellten, beantragte jüngst der niederösterreichische Landessanitätsrath: Es werde neuerdings eine kurzgefasste Belehrung über die Nothwendigkeit der rechtzeitigen Einleitung der Behandlung, sowie über den weiteren Vorgang der Verletzten ausgegeben, welche zur weitesten Verbreitung gelangen möge. In dieser Belehrung wäre besonders hervorzuheben, dass die Behandlung, soweit dieselbe ambulatorisch stattfindet, unentgeltlich vorgenommen wird und bei leichten Fällen 14, bei schweren 20—30 Tage in Anspruch nimmt. Im Interesse einer verlässlichen Wirkung der Behandlung ist es erforderlich, dass dieselbe bereits in den ersten Tagen nach der Verletzung beginne. Bei bereits eingetretenen Erscheinungen der Wuth ist dieselbe nicht mehr anwendbar. Nachdem zumeist die Kostenfrage die Ursache der verspäteten Einbringung der Verletzten bildet, sprach sich der Sanitätsrath dahin aus, dass für die Bestreitung der Kosten des Transportes und der Verpflegung der Behandelten in geeigneter Weise vorgesorgt werden möge.

Im Jahre 1897 haben die Wiener Polizeiärzte, wie ich einer anderen officiellen Quelle entnehme, wegen Hundebiss 545 Personen (davon 412 durch wuthkranke Hunde) Hilfe geleistet.

In der letzten Woche gab es in Wien zahlreiche Fälle von Influenza, so dass die öffentlichen Spitäler bald überfüllt und die praktischen Aerzte ungemein beschäftigt waren. Die Influenza trat aber diesmal ohne alle schweren Complicationen auf, so dass dieser «Run» auf die Aerzte sich bald wieder verlief. Der Krankenstand ist also, was auch officiell constatirt wurde, sehr rasch wieder auf das Normale abgesunken.

Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

(Eigener Bericht.)

Ordentliche Sitzung am 16. Februar 1899.

Wie gewöhnlich, bildete die Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten die Einleitung der Berathungen. Von allgemeinerem Interesse ist der Beschluss der Kammer, entsprechend einem ihr seitens des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine übermittelten Ersuchen die Ausarbeitung einer Standesordnung in die Wege zu leiten. Der Cultusminister lehnt es bekanntlich ab, mit dem Inkrafttreten des Gesetzes betreffend die staatlichen Ehrengerichte für Aerzte etc. eine Standesordnung zu erlassen, von dem Standpunkte aus, dass die Urtheile der Ehrengerichte eine für eine Standesordnung geeignete Grundlage abgeben werden. Die Ausführung dieses Beschlusses wird der Commission übertragen, welche s. Zt. gelegentlich der Berathung der Ehrengerichtsvorlage von der Kammer eingesetzt worden war mit dem Auftrag, behufs Aufklärung der Abgeordneten über die Wünsche der Aerzte eine Eingabe auszuarbeiten. Diese Eingabe liegt jetzt vor. Sie ist auch bereits dem Abgeordnetenhause übergeben worden. Es sind in ihr die Mehrheitsbeschlüsse der Kammer zum Ausdruck gelangt; nur die Forderung auf Einbeziehung der Militärärzte hat die Commission fallen gelassen, weil diese, einer neueren Königlichen Verordnung zu Folge aus der staatlich anerkannten Aerzteorganisation ausscheiden. Der Cassenbericht ergibt günstige finanzielle Verhältnisse; auf Antrag des Vorstandes werden den ärztlichen Unterstützungsvereinen der Stadt Berlin und der Provinz 4000 M. (2500 und 1500 M.) überwiesen. Es folgt der **Bericht der Commission zur Bekämpfung der Curpfuscherei.** Zu diesem Punkte der Tagesordnung verliest der Vorsitzende ein Schreiben des Medicinalministers an den Aerztekammerausschuss vom 13. Januar. Der Minister ersucht, ehe er den Anträgen auf Herbeiführung einer Abänderung der Gesetzgebung im Sinne eines Curpfuschereiverbotes weitere Folge gibt, nach Anhörung der Aerztekammern sich darüber gutachtlich zu äussern, ob und welche Missstände auf dem Gebiete der Gesundheitspflege in Folge der Freigabe der Heilkunde hervorgetreten sind, sowie ev. die Existenz solcher Missstände durch Beibringung schlüssigen, thatsächlichen Materials aus den einzelnen Bezirken zu erläutern und zugleich zu erörtern, welche Maassnahmen zur Beseitigung der beklagten Missstände und in welchem Umfang sie in Aussicht zu nehmen seien. Was den Bericht selbst anlangt, den Guttstadt erstattete, so erlaubt uns der beschränkte Raum leider nicht, auf alle Einzelheiten näher einzugehen. Nur einige Punkte seien erwähnt. Die grösste Ausbreitung zeigt die Curpfuscherei auf dem Gebiete der Geistes- und Nervenkrankheiten und ganz besonders auf dem der Sexualleiden.

Es gibt schon Schulen zur Ausbildung von Naturheilkundigen; der Cursus dauert 9 Monate und kostet 900 Mark; der Unterricht in Anatomie und Physiologie wird von einem approbirten Arzte ertheilt, und die klinischen Fächer lehren Naturheilkundige; die diplomirten Naturheilkundigen bieten einen Ausblick in und für die Zukunft. Im Anschlusse an das jüngst von der Commission erlassene Preisausschreiben beantragt der Referent dann, die Aerztekammer wolle Geldmittel zur Bestreitung der Kosten für die Bekämpfung der Curpfuscherei bewilligen, insbesondere für Vorbereitung und Drucklegung von Schriften, welche die Bevölkerung über die Schäden und die Gemeingefährlichkeit der Curpfuscherei aufklären sollen (Antrag Guttstadt 1). Die Bekämpfung der Curpfuscherei muss aber, fährt Referent fort, noch auf einem anderen Gebiete einsetzen, auf dem des Krankencassenwesens. In einem Orte der Provinz Brandenburg wurde die Behandlung sämmtlicher Mitglieder der Ortskrankencasse einem Naturheilkundigen übertragen. Eine Beschwerde beim Landrathsamt als der unteren Aufsichtsbehörde hatte keinen Erfolg; in dem Bescheide hiess es: Die Cassenmitglieder könnten allerdings nicht gezwungen werden, sich nur von Curpfuschern behandeln zu lassen, sie könnten auch andere Aerzte consultiren. Der Regierungspräsident hat diese Aeusserung gebilligt. Ein anderer Fall schlage — so zu sagen — dem Fass den Boden aus. Mit dem Sitz in Hamburg besteht die Central-Kranken- und Sterbecasse der Zimmerer als eingeschriebene Hilfscasse. Eine örtliche Verwaltungsstelle befindet sich in Erfurt. Deren Vorstand zahlte auf Grund von Bescheinigungen eines Naturheilkundigen Krankengeld aus. Die Polizeiverwaltung zu Erfurt nahm den einen Vorsteher in die ihm angedrohte Ordnungsstrafe von 10 M. und drohte beiden Vorstehern der Casse fernere Ordnungsstrafen an für den Fall, dass sie auf Grund der Bescheinigung eines nicht approbirten Arztes künftighin Krankengeld auszahlen würden. Die Vorsteher klagten beim Bezirksausschuss zu Erfurt gegen die an sie erlassenen Verfügungen, wurden aber abgewiesen. Sie legten Berufung ein. Und in einer Sitzung vom 22. October 1898 hat das kgl. Oberverwaltungsgericht, III. Senat, für Recht erkannt, dass die Entscheidung des Bezirksausschusses dahin abzuändern sei, dass die beiden Verfügungen der Polizeiverwaltung in Erfurt ausser Kraft zu setzen sind. Diese war zu den Verfügungen nicht befugt; denn nach ihrem Statut gewährt die Central Kranken- und Sterbecasse der Zimmerer ihren Mitgliedern in Krankheitsfällen «freie Behandlung durch die von der Casse bestimmten Aerzte resp. auf eigenen Wunsch der Mitglieder durch einen Naturheilkundigen». Wird aber die weit bedeutungsvollere Behandlung der Cassenmitglieder Naturheilkundigen anvertraut, so ist ihnen damit gleichzeitig die Ausstellung von Bescheinigungen über die Dauer und den Verlauf der Krankheit, sowie darüber, ob mit ihr Erwerbsunfähigkeit verbunden ist oder nicht, anvertraut. Redner spricht es nun aus, dass das Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 22. October 1898 keine Rücksicht auf den § 29 der Reichsgewerbeodnung nimmt, wenn es ausführt, dass aber statutarisch die Naturheilkundigen den approbirten Aerzten sowohl für die Heilbehandlung als für die Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt werden dürften, kann keinem Bedenken unterliegen. Das Hilfs-

cassengesetz schliesst es nicht aus. Für die Central-Sterbe- und Krankencasse der Zimmerer konnte daher so, wie es der § 8 Absatz 1 ihres Statuts mittelbar gethan hat, bestimmt werden, dass der Cassenvorstand nicht gehindert ist, den Nachweis der mit der Krankheit verbundenen Erwerbsunfähigkeit durch eine Bescheinigung desjenigen Naturheilkundigen, der die Heilbehandlung besorgt, für geführt anzusehen.» Da das Hilfscassengesetz nicht die Absicht gehabt haben kann, den § 29 der Reichs-Gewerbeordnung abzuändern, so folgt aus den Fehlen einer diesbezüglichen Bestimmung, in diesem Gesetz das Fortbestehen des § 29 der Reichs-Gewerbeordnung, speciell der Bestimmung:

> «Einer Approbation bedürfen diejenigen Personen, welche seitens des Staates oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Functionen betraut werden sollen.» v. Landmann, Die Gewerbeordnung für das Deutsche Reich. 3. Aufl. pag. 230, 8. v. Woedtke, Commentar zum Krankenversicherungsgesetz. 4. Aufl. pag. 135 ff.

Die statutarische Gleichstellung von Aerzten und Curpfuschern ist also gesetzwidrig und hätte im vorliegenden Falle von der Aufsichtsbehörde bei Genehmigung der Statuten beanstandet werden müssen. Ebenso hätte das Oberverwaltungsgericht sich der Prüfung der Gesetzmässigkeit der Statuten unter Berücksichtigung der gewerbepolizeilichen Bestimmungen nicht entziehen dürfen. Um die Wiederkehr derartiger Gesetzwidrigkeiten zu verhüten, möge daher die Aerztekammer beschliessen:

a) durch die Vermittlung des Herrn Oberpräsidenten den Herrn Minister der Medicinalangelegenheiten und den Herrn Minister des Innern zu bitten, die für die Genehmigung der Statuten zuständigen Aufsichtsbehörden dahin mit Anweisung zu versehen, dass sie der Aufnahme von Bestimmungen die Bestätigung versagen, welche den Mitgliedern von Krankencassen eine andere Hilfe als diejenige durch einen gemäss § 29 der Reichs-Gewerbeordnung approbirten Arzt sichern, resp. die Casse zur Zahlung von Kranken- und Arzneigeldern auf Atteste von Curpfuschern anweisen,

b) durch Rundschreiben die Aerztekammern zu ersuchen, die Statuten sämmtlicher Krankencassen ihres Bezirks auf die beregten gesetzwidrigen Bestimmungen zu prüfen und geeignete Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde der Casse einzureichen und eventuell bei Abweisung der Beschwerde binnen 14 Tagen nach Kenntnissnahme der Statuten die Klage bei der zuständigen Verwaltungsgerichtsbehörde einzureichen. (Antrag Guttstadt 2.)

Antrag Guttstadt 1 wird mit grosser Mehrheit angenommen. Auf Anregung eines Kammermitgliedes, die Höhe der Geldmittel festzusetzen, werden nach Gutheissung seitens des Cassenführers 1000 M. bewilligt. Desgleichen wird ein Antrag Alexander angenommen, den Aerztekammerausschuss zu ersuchen, für die Bereitstellung von Mitteln für belehrende Schriften gegen die Curpfuscherei Sorge zu tragen. Antrag Guttstadt 2 wird einstimmig angenommen.

Der Oberpräsident Staatsminister Dr. v. Achenbach erklärt, er wolle die Kammer nicht in Zweifel lassen; er theile die vorgetragene Auffassung und werde sie vertreten.

Ein Antrag des Geschäftsausschusses der ärztlichen Standesvereine wegen **Abänderung des Wahlverfahrens für die Aerztekammer** wird abgelehnt.

Nunmehr folgt **Stellungnahme der Aerztekammer zu den ihr vom Aerztekammerausschuss vorgelegten Fragen betreffend das Krankencassengesetz.**

Die Punkte sind:

1. Gesetzliche Festlegung der freien Arztwahl (mindestens bei den Ortskrankencassen).
2. Absendung einer aufklärenden Denkschrift an den Minister.
3. Feststellung des Begriffes «Arzt» resp. was unter «ärztlicher Behandlung» zu verstehen sei.
4. Gesetzliche Festlegung der Minimalleistung an die Aerzte mit der Maassgabe, dass die Cassen, ehe sie an die Erhöhung der Minimalleistung für ihre Mitglieder nach Erreichung des gesetzlich vorgeschriebenen Reservefonds gehen, auf die Erhöhung des ärztlichen Honorars Bedacht zu nehmen haben, eventuell bis zur Erreichung der Minimaltaxe.
5. Einführung von ärztlichen Commissionen zur Prüfung der Verträge von Aerzten mit Krankencassen.
6. Revision der Recepte durch ärztliche Commissionen.
7. Einführung von Schiedsgerichten mit gesetzlichen Befugnissen bei Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankencassen.
8. Wie kann die Frage der sogen. «freiwilligen» Mitglieder bei Krankencassen geregelt werden? (d. h. solcher, die, obwohl sie ein Einkommen von mehr als 2000 Mk. haben, doch Mitglieder von Krankencassen sind).
9. Bei späterer Aenderung der Gesetzgebung soll ein Einkommen von 2000 M. die höchste Grenze bleiben für die Zwangsverpflichtung zum Beitritt zu einer Krankencasse.
10. Empfiehlt es sich, in einer besonderen Denkschrift auch die Aerzte über alle einschlägigen Verhältnisse aufzuklären?

Hiezu liegt ein Antrag von Mugdan und Genossen vor, ferner ein Antrag von Alexander und Genossen und ein Unterantrag von S. Marcuse, der den Absatz 3a des Antrages Mugdan und Genossen in anderer Weise zu fassen empfiehlt. Es entspinnt sich eine lange Debatte. Schliesslich werden vom Antrag Mugdan und Genossen die Sätze 1, 2 und 4 angenommen, Satz 3 dagegen abgelehnt. Der letztere besagt, dass zur allgemeinen Durchführung und zur Sicherung der freien Arztwahl eine Reihe von Aenderungen des Krankenversicherungsgesetzes dringend wünschenswerth sind, die auf die Organisation der freien Arztwahl Bezug haben und einzeln angeführt werden.

Die angenommenen Sätze lauten:

1. Die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankencassenmitgliedern werden im beiderseitigen Interesse durch die freie Arztwahl am besten geregelt. Die Cassenmitglieder haben ein Recht auf freie Arztwahl als die beste Form der ärztlichen Hilfe für ein erkranktes Cassenmitglied. Die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des ärztlichen Standes wird allein durch die freie Arztwahl gewährleistet.
2. Dem Begriffe der freien Arztwahl entspricht jede Einrichtung, welche einerseits jedem Arzte eines Communalbezirkes es ermöglicht, bei einer Casse unter bestimmten, vorher vereinbarten, den einzelnen Arzt verpflichtenden Bedingungen als Cassenarzt zu fungiren, andererseits jedem Cassenmitgliede in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten freilässt.
4. So lange die freie Arztwahl gesetzlich nicht festgestellt ist, empfiehlt die Aerztekammer als zweckmässigste Organisation der freien Arztwahl den Abschluss von Verträgen zwischen Aerztevereinen und Krankencassenvorständen, die es jedem am Orte prakticirenden Arzte ermöglichen, Mitglied des Aerztevereins zu werden und damit bei der Krankencasse als Cassenarzt zu fungiren, und Bestimmungen über das Honorar, Abwehrmaassregeln gegen Simulation, Arzneiverschwendung und andere im Interesse der Cassen und Aerzte nothwendigen Maassregeln enthalten.

Die Aerztekammer erwartet von allen Aerzten die thatkräftigste Förderung des Abschlusses solcher Verträge und hofft, dass auch die Aufsichtsbehörden die Bestrebungen, die darauf hinzielen, den Wunsch der Cassenmitglieder und der Aerzte auf Erlangung der freien Arztwahl, auch unter dem unveränderten Krankenversicherungsgesetze zur Erfüllung zu bringen, wohlwollend unterstützen.

Der Abänderungsantrag Marcuse wird abgelehnt.

Der Antrag Alexander u. G. lautet:

Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin wolle beschliessen:

Die jetzt giltigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes bedürfen nach folgender Richtung einer Aenderung bezw. Ergänzung:

1. Zu ärztlicher Behandlung (§ 6 des Krankenversicherungsgesetzes sind ausschliesslich in den Bundesstaaten approbirte Aerzte berechtigt.
2. Die Bedingungen, unter denen die Ausübung cassenärztlicher Thätigkeit zu erfolgen hat, werden durch einen schriftlichen Vertrag zwischen Arzt und Krankencassenvorstand festgesetzt.
3. Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch eine staatlich anerkannte Standesvertretung der Aerzte.
4. Streitigkeiten, welche aus der Festsetzung der Vertragsbestimmungen oder aus deren Inhalt entstehen, werden durch eine gesetzliche Instanz, deren Mitglieder zur Hälfte Aerzte sein müssen, entschieden.
5. Die Honorirung der cassenärztlichen Leistungen erfolgt nach den Sätzen der Gebührenordnung der einzelnen Bundesstaaten.
6. Unter den unter 1—5 genannten Voraussetzungen müssen alle Aerzte, die im Geschäftskreise der Krankencassen ihren ständigen Wohnsitz haben, zur Ausübung cassenärztlicher Thätigkeit zugelassen werden.
7. Versicherungszwang und Versicherungsberechtigung sind nur zulässig, wenn das jährliche Gesammteinkommen nicht über 2000 M. beträgt.
8. Die Aenderungen des Kranken-Versicherungsgesetzes treten erst nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes in Kraft.

Diese Leitsätze werden angenommen, nur 8 wird abgelehnt.

Damit sind die Seitens des Aerztekammerausschusses vorgelegten Fragen erledigt bis auf 2 und 10. 2 wird angenommen, 6 abgelehnt. —n.

Verschiedenes.

Die Haarnadel als ärztliches Instrument.

Die U-förmig gekrümmte, aus biegsamem Draht verfertigte, wohlfeile, überall zu habende Nadel kann ausser ihrer Bestimmung, das Kopfhaar zusammenzuhalten, viele andere Zwecke in der Krankenbehandlung erfüllen, z. B.:

1. Die Haarnadel in ihrer ursprünglichen Form ist eine gute Sicherheitsnadel zur Befestigung von Verbänden, Umschlägen (z. B. Kreuzbinden), u. A. Man braucht nur zu diesem Zwecke die spitzen Enden der Nadel umzubiegen.

2. Die am abgerundeten Ende der Fläche nach leicht oder stark gekrümmte Haarnadel kann als sehr brauchbares Instrument zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase, äusserem Ohr und anderen zugänglichen Körperhöhlen benutzt werden. Vorher wird die Nadel entweder durch Ausglühen in einer Spiritusflamme oder durch Einlegen in 5 proc. Carbolsäurelösung desinficirt. Man nehme zu diesem Behufe nur glatt polirte, nicht schwarze Harnadeln, weil erstere sicherer zu desinficiren sind. Die Haarnadel ersetzt so vollständig den Daviel'schen Löffel.

3. Die ebenso präparirte Haarnadel kann auch als Löffel zum Auskratzen von zu üppig granulirenden oder stark belegten Wunden verwendet werden, in Fällen, wo eine stumpfe Auskratzung angezeigt ist. Den scharfen Löffel kann sie nicht ersetzen.

4. Die aufgebogene, also gerade gerichtete Nadel kann ganz gut die Sonde ersetzen, zur Prüfung des Tastsinnes, zum Sondiren von Wunden und Fisteln, zur Behandlung mit Lapis durch Aufschmelzen desselben, wobei sie noch den Vortheil gewährt, dass sie oftmals gewechselt werden kann, was bei theureren Sonden wegfällt.

5. Als Sonde kann sie auch mit Vortheil statt der Bowman'schen zur Behandlung der Blennorrhoea sacci lacrymalis dienen, wenn man ihr eine entsprechende Biegung gibt und sich eine Collection von verschiedener Dicke anlegt. In der Anwendung für diesen Zweck steht sie der silbernen Sonde kaum nach und man kann so für jeden Kranken eine eigene Garnitur bereit halten. Die Haarnadeln müssen aber absolut glatt sein und abgerundete Enden haben, da sie sonst leicht falsche Wege oder Verletzungen der Schleimhaut hervorrufen könnten. Natürlich müssen sie auch erst eine Desinfection erfahren.

6. Im Nothfalle (z. B. bei Tracheotomie) kann man aus Haarnadeln spitze Häckchen bereiten, indem man sie ganz aufbiegt und die eine Spitze entsprechend krümmt. So hergerichtet dienen zwei Häckchen zum auseinanderziehen der Wundränder in Weichtheilen oder der Trachea.

7. Kann sie zur Blutstillung bei Verletzung grösserer oder kleinerer Gefässe gebraucht werden. Man fasst das Gefäss oder den blutenden Stumpf zwischen die Branchen der Nadel und biegt dann die letzteren mehrmals umeinander, wodurch die blutende Stelle stark zusammengepresst wird. Bis zur definitiven Unterbindung kann sie so sich überlassen werden. Eine Nadel zu diesem Zwecke muss biegsam und möglichst lang sein.

8. Kann die Haarnadel die Rolle eines Lidöffners übernehmen. Man nimmt zwei elastische, ganz neue Nadeln und legt sie zusammen auf die freien Lidränder. Durch ihre Elasticität drängen die Branchen der Nadeln die letzteren auseinander, jedenfalls genügend für eine Inspection, Extraction eines Fremdkörpers und dergleichen. Um die Elastizität zu vergrössern, genügt eine Ausbiegung der Branchen vor der Anwendung. (Praktischer dürfte die Haarnadel als Ersatz für Lidhalter zu verwenden sein, wenn man den gebogenen Theil derselben nach der Fläche zu einem Hacken einbiegt und nun mit zwei solchen die beiden Lider auseinanderzieht. D. Ref.)

9. Endlich kann die Haarnadel, glühend gemacht, zum Ausbrennen von Hornhautgeschwüren verwendet werden. M. Eberson in Aerztl. Polytechnik 1899 No. 1. R.

Therapeutische Notizen.

Das Acoin (Alkyloxyphenylguadinen) ist nach Trolldenser-Dresden ein dem Cocain gleichwerthiges, in manchen Dingen überlegenes Anaestheticum.

Beim Einträufeln einer 1 proc. Lösung in ein Kaninchenauge liess sich eine vollkommene Anaesthesie erzielen. Zu beachten ist, dass stärkere Lösungen reizend wirken. In 1 prom. Lösung unter Zusatz von 8 prom. Kochsalz eignet sich das Acoin vortrefflich zur Infiltrationsanaesthesie. Die vom Verfasser an sich selbst angestellten Versuche ergaben, dass die Anaesthesie etwa 40—50 Minuten anhält. (Ther. Monatshefte No. 1, 1899.) Kr.

Das Orexin ist nach Hermanni-Biebrich ein vorzügliches Mittel zur Behandlung des Erbrechens in der Schwangerschaft (Ther. Monatshefte No. 1, 1899). In 9 Fällen hat sich dasselbe auf das Beste bewährt. Man gibt das Orexin basic. in der Dosis von 0,3 3 mal täglich. Kr.

Um den Geschmack des Chinins zu verdecken, wird in den Annales de médecine et de chirurgie infantiles (15. December 1898) folgende Formel empfohlen:

Chinin. sulfur.	4,0,
Acid. citr.	10,0,
Sirup. simpl.	
— cortic. Aurant. aa	10,0,
Aqu. dest.	10,0—20,0.

Von dieser Mischung werden 10 Tropfen auf 50 g Wasser gegeben, dann 3 g doppelkohlensauren Natrons zugefügt und während der Gasentwicklung die Flüssigkeit getrunken. St.

Pikrinsäure bei Ohreiterungen: Lanoix führt in der Revue médicale (Sept.) aus, dass der Pikrinsäure nicht nur eine analgetische und antiseptische, sondern auch eine keratoplastische Wirkung zukomme. Dementsprechend sah er auch von der Anwendung derselben bei eitrigen Ohrenaffectionen, bei denen eine Kauterisation des Trommelfelles angezeigt war, überraschend gute Resultate. Er verwendet eine Lösung von

Rp.: Acid. picric.	0,2,
Spirit. dilut.	2,0,
Aq. dest.	20,0

und lässt dieselbe einige Minuten in Contact mit der Schleimhaut. Die starke Desquammation, welche der Anwendung folgt, erfordert häufige Ausräumung des Ohrcanals Die Anwendung der Pikrinsäure ist nur bei Cholesteatom contraindicirt. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 21. Februar. Am 16. ds. feierte Herr Medicinalrath Merkel in Nürnberg sein 25jähriges Jubiläum als Amtsarzt. Dieser Tag ist besonders in Mittelfranken, dem die ärztliche Thätigkeit Merkel's in erster Linie zu Gute gekommen ist, festlich begangen worden; aber auch aus weiteren ärztlichen Kreisen war der Jubilar, in Erinnerung seiner grossen Verdienste um den ärztlichen Stand, Gegenstand zahlreicher Beglückwünschungen, denen sich auch unsere Wochenschrift, die in Merkel einen warmen Freund und Förderer verehrt, herzlichst anschliesst. — Ueber den Verlauf der Feier wird uns aus Nürnberg geschrieben:

«Das am 16. Februar von Herrn Bezirksarzt Medicinalrath Dr. G. Merkel in Nürnberg begangene 25jährige Amtsjubiläum beschränkte sich — den Intentionen des Jubilars entsprechend — unter Abstandnahme von einer grösseren Feier, auf die Uebermittelung der Glückwünsche aller betheiligten Kreise durch eine grosse Reihe von Abordnungen. Eine Deputation der Stadt Nürnberg unter Führung der beiden Bürgermeister übergab nach einer die Verdienste des Jubilars würdigenden Ansprache des 1. Bürgermeisters, Dr. v. Schuh, als Ehrengeschenk der Stadt einen silbernen Tafelaufsatz. Namens des Armenpflegschaftsrathes gratulirte Bürgermeister Jäger, für die Bürgerschaft Gemeindecollegiumsvorstand Hesse; sodann erschienen Deputationen des Kreismedicinalausschusses von Mittelfranken, ferner des ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg, welch' letzterer sich Delegirte fast aller mittelfränkischen Bezirksvereine angeschlossen hatten und von welchen sämmtlich Diplome der Ernennung Merkel's zum Ehrenmitglied der Bezirksvereine überreicht wurden. Es folgten Abordnungen des ärztlichen Vereins Nürnberg, der medicinischen Gesellschaft und Poliklinik, des Vereines für öffentliche Gesundheitspflege. Namens der Aerzte und Beamten des Krankenhauses erschien eine Abordnung unter Führung des Krankenhauspflegers Magistratsrath Distler. Für die bisherigen Physikatsassistenten übergab Dr. Goldschmidt einen silbernen Pokal. Eine Abordnung des mittelfränkischen Kreisvereins vom rothen Kreuz brachte ihre Glückwünsche und die des Landesvereines unter Uebergabe der dem Jubilar jüngst verliehenen Medaillen vom rothen Kreuz 3. und 2. Classe. Zahlreiche ehrende Glückwunschschreiben lagen vor, darunter solche von Minister v. Feilitzsch, der mittelfränkischen Kreisregierung, Obermedicinalrath Grashey Namens des Obermedicinalausschusses u. s. w. Der Jubilar, umgeben von seiner Familie, nahm bewegt die ihm dargebrachten Ehrungen entgegen und dankte mit herzlichen Worten; besonders gab er auch seiner Freude über die grosse Antheilnahme der praktischen Aerzte an seinem Ehrentage Ausdruck.»

— Die Aerztekammer für Berlin-Brandenburg hat an das preussische Abgeordnetenhaus eine Eingabe gerichtet auf Abänderung des Gesetzentwurfs über Ehrengerichte für Aerzte. Die Eingabe bittet vor Allem darum, die Ausnahmestellung der beamteten Aerzte in Bezug auf ihre privatärztliche Thätigkeit zu beseitigen und ferner der Straflosigkeit von politischen, religiösen und wissenschaftlichen Ansichten und Handlungen im Gesetz selbst (nicht nur in den Motiven) Ausdruck zu geben; auch wünscht sie, dass der richterliche Beirath des Ehrengerichts ohne Stimmrecht sei und dass nur dem Angeschuldigten die Berufung an den Ehrengerichtshof zustehen solle.

— Am 4. September 1899 wird in Brüssel eine aus Aerzten, Rechtsgelehrten und Verwaltungsbeamten bestehende internationale Conferenz zur Vorbeugung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten zusammentreten; als Dauer der Conferenz sind 5 Tage in Aussicht genommen. Sie wird sich mit folgenden Fragen beschäftigen: 1. Haben die gegenwärtig bestehenden Reglementirungssysteme einen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten gehabt? 2. Ist die gegenwärtig bestehende ärztliche Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 3. Ist es, vom ausschliesslich ärztlichen Standpunkt aus, vortheilhafter, die öffentlichen Häuser bestehen zu lassen oder sie aufzuheben? 4. Sind die polizeilichen Maassregeln zur Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 5. Durch welche gesetzliche Maassnahmen kann die Zahl der gewerbsmässigen Prostituirten vermindert werden? 6. Durch welche allgemeine Maassregeln kann, abgesehen von der Prostitution, die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam bekämpft werden?

— Die Vorstandschaft des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege hat beschlossen, einer Einladung des Nürnberger Magistrats Folge zu leisten und die heurige Generalversammlung vom 13. bis 16. September in Nürnberg abzuhalten.

— Der Verein der deutschen Bahnärzte wird am 12. September in Nürnberg seine Jahresversammlung abhalten.

— In der 5. Jahreswoche, vom 29. Januar bis 4. Februar 1899 hatten von deutschen Städten über 40,000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Fürth mit 33,9, die geringste Hagen mit 9,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Dessau, an Scharlach in Dortmund, an Diphtherie und Croup in Bromberg.

— Der officielle Bericht der von der Kais. Akademie der Wissenschaften zu Wien ausgerüsteten Commission zum Studium der Pest in Bombay ist soeben erschienen (Wien 1898, in Commission bei Carl Gerold's Sohn). Er besteht aus 3 Theilen: I. Zur Geschichte der österr. Pestcommission von Dr. H. Albrecht; II. Klinische Untersuchungen von Dr. H. F. Müller und III. Pathologisch-anatomische Untersuchungen mit Einschluss der patholog. Histologie und Bacteriologie von Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon. Wir gedenken bald eingehend auf das hervorragende Werk zurückzukommen.

— Vom Reichsmedicinalkalender, dessen I. Theil wir schon im vorigen Jahrgang angezeigt haben, ist mit Beginn des Jahres auch der II. Theil erschienen. Inhalt und Ausstattung sind die gewohnten; wir finden die jüngsten sanitären Gesetze und Erlasse, wichtige richterliche Entscheidungen, die Personalien der med. Facultäten des deutschen Reichs, Oesterreichs, der Schweiz und der russ. Ostseeprovinzen etc., vor Allem aber das Personalverzeichniss des deutschen Civil- und Militärmedicinalwesens. Besonders das Letztere macht den Kalender zu einem so werthvollen Besitz für den deutschen Arzt.

(Hochschulnachrichten.) **Heidelberg.** Der Professor der Anatomie Geh. Rath Gegenbaur erhielt das Grosskreuz vom Zähringer Löwen. Demselben, sowie Seiner Excellenz Geh. Rath Kussmaul wurde das Ehrenbürgerrecht der Stadt Heidelberg verliehen. — **München.** Der Director der Universitäts-Augenklinik, Geheimrath Prof. Dr. v. Rothmund hat darum nachgesucht, im Laufe dieses Jahres von der Leitung der Augenklinik und von den Vorlesungen über Augenheilkunde enthoben zu werden. — **Strassburg.** Am 15. Februar 1899 habilitirte sich für innere Medicin Herr Magnus-Levy mit einer Antrittsvorlesung über das Thema «Pneumonie».

(Todesfall.) In Ausübung seines Berufes ist der in der Diphtheriestation der Charité in Berlin thätig gewesene Unterarzt Dr. Krause gestorben. Der junge Arzt hatte sich eine schwere Diphtherieansteckung zugezogen, der er rasch erlag.

Berichtigung. In der Arbeit des Herrn Dr. Rostoski in voriger Nummer sind wegen verspäteten Eintreffens der Correctur folgende Fehler stehen geblieben: S. 210, Sp. 1, Z. 8 v. o. ist zu lesen: Gubler statt Gabler; ebenda Z. 26 v. o.: tödtlich statt plötzlich; S. 211, Sp. 2, Z. 5 v. o.: noch statt nicht; ebenda Z. 2 v. u.: rechten statt linken.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Daniel Halle, appr. 1895, in München. Dr. Franz Lötsch, appr. 1897, in München.

Enthoben: Der a. o. Professor für gerichtliche Medicin an der Universität Würzburg, Hofrath Dr. Andreas Rosenberger wurde vom 1. April l. Js. an auf Ansuchen seiner Stelle unter Belassung im Universitätsverbande mit dem Titel und Range eines a. o. Professors enthoben.

Abschied bewilligt: Dem Oberarzt Dr. Walther Richter-Kaiserslautern von der Landwehr 2. Aufgebots.

Versetzt: Der Oberarzt Maximilian Mulzer-Kempten von der Landwehr 1. Aufgebots zur Reserve des Sanitätscorps.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 5. **Jahreswoche** vom 5. bis 11. Februar 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 8 (14*), Diphtherie Croup 31 (31), Erysipelas 10 (14), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbili 4 (8), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (2), Parotitis epidem. 15 (8), Pneumonia crouposa 24 (18), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 24 (25), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 5 (10), Tussis convulsiva 31 (38), Typhus abdominalis 3 (2), Varicellen 35 (28), Variola, Variolois — (—). Summa 197 (199).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 6. Jahreswoche vom 5. bis 11. Februar 1899.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup — (5), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (2), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall — (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 2 (1), Croupöse Lungenentzündung 5 (1), Tuberculose a) der Lungen 24 (28), b) der übrigen Organe 4 (2), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (3), Unglücksfälle 1 (—), Selbstmord 2 (1), Tod durch fremde Hand 2 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 188 (189), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22,0 (22,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,0 (14,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditäts-Statistik der Infections-Krankheiten im Königreiche Bayern im Jahre 1898*)

a) nach Regierungsbezirken.

Regierungsbezirke	Brechdurchfall	Diphtherie, Croup	Erysipelas	Intermittens, Neur. interm.	Kindbettfieber	Meningitis cerebrospin.	Morbilli	Ophthal. Blenn. neonator.	Parotitis epidemica	Pneumonia crouposa	Pyaemie, Septicaemie	Rheumatismus art. ac.	Ruhr (dysenteria)	Scarlatina	Tussis convulsiva	Typhus abdominalis	Varicellen	Variola, Variolois	Summe	Berichtende Aerzte	Zahl der Aerzte überhaupt	Bevölkerung nach d. Zählung von 1895
Oberbayern	4 144	2 531	1 396	445	151	42	3 067	446	522	2 842	101	2 406	39	934	3 112	208	1 241	3	23 680	542	833	1 186 950
Niederbayern	1 456	777	562	235	55	6	1 641	55	112	2 261	49	886	21	185	754	157	140	—	9 352	122	186	673 523
Pfalz	2 342	1 250	456	74	102	11	1 818	27	307	2 478	22	687	29	288	1 496	476	226	—	12 089	116	280	765 991
Oberpfalz	1 280	586	290	117	39	19	446	28	41	1 600	16	638	6	299	705	78	265	—	6 453	88	150	546 834
Oberfranken	1 133	1 372	373	61	49	21	893	28	238	1 918	33	560	15	892	1 290	79	286	—	9 241	118	182	586 061
Mittelfranken	3 606	1 621	750	155	68	29	395	31	1 115	3 357	53	1 225	7	1 142	1 469	210	1 025	1	16 258	229	328	737 181
Unterfranken	1 132	934	276	11	34	16	657	16	170	1 919	11	415	12	373	739	343	197	1	7 256	142	304	632 588
Schwaben	2 368	1 365	649	146	67	27	1 776	68	154	2 504	53	1 183	6	279	736	146	256	—	11 783	222	285	689 416
Königreich	17 460	10 436	4 752	1 244	565	171	10 693	699	2 695	18 879	338	8 000	135	4 442	10 301	1 697	3 636	5	96 112	1 579	2 545	5 818 544

b) nach jahreszeitlichem Auftreten.

Januar	534	1 250	437	134	53	11	1 699	55	365	2 164	42	788	5	561	786	90	415	1	9 393		
Februar	426	942	365	132	47	13	1 266	39	543	2 253	16	762	17	422	774	82	357	—	8 456		
März	479	982	472	156	59	24	1 091	76	483	2 899	20	943	15	428	738	138	292	—	9 295		
April	504	670	421	117	48	28	708	62	224	2 576	27	795	8	370	535	88	213	—	7 430		
Mai	875	589	366	129	43	18	889	67	180	1 857	21	706	10	292	725	99	267	1	7 134		
Juni	1 412	641	355	87	42	17	906	66	121	1 398	19	604	12	287	920	96	210	—	7 193		
Juli	1 775	451	283	80	35	14	1 060	51	140	953	33	464	11	236	1 112	141	174	1	7 014		
August	4 220	534	333	86	39	9	500	54	78	681	28	511	20	299	1 113	134	146	—	8 785		
September	4 543	661	353	70	40	11	425	65	121	734	29	490	23	331	971	199	66	—	9 132		
October	1 448	1 103	449	74	46	15	696	50	44	926	32	576	9	441	682	233	205	—	7 029		
November	736	1 338	456	71	59	6	764	54	170	1 034	34	660	1	426	916	263	512	1	7 504		
Dezember	508	1 275	462	105	54	5	659	60	187	1 404	37	698	4	341	1 026	134	749	1	7 742		
Summe	17 460	10 436	4 752	1 244	565	171	10 693	699	2 659	18 879	338	8 000	135	4 442	10 301	1 697	3 636	5	96 112		
Winter	1 468	3 467	1 264	371	154	29	3 654	154	1 093	5 821	95	2 248	26	1 332	2 536	306	1 521	2	25 596	December, Jan., Febr.	
Frühling	1 858	2 241	1 259	402	150	70	2 688	205	887	7 332	68	2 447	33	1 090	2 001	325	802	1	23 859	März, April, Mai	
Sommer	7 407	1 626	971	253	116	40	2 466	171	339	3 032	80	1 579	43	822	3 145	371	530	1	22 992	Juni, Juli, August	
Herbst	6 727	3 102	1 258	218	145	32	1 885	169	335	2 694	95	1 726	33	1 198	2 569	695	783	1	23 665	Sept., Oct., November.	

*) Zusammenstellung der von den Amts- und praktischen Aerzten monatlich angezeigten ärztlich behandelten Erkrankungsfälle mit Berücksichtigung von Nachträgen und bezw. Berichtigungen, welche wegen verspäteter Anmeldung in den Monatsübersichten keine Aufnahme mehr finden konnten.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.